医療関連業務従事者証明書

・下記のいずれかチェックをつけてください。※準会員の場合は会員番号必須

□準会員 （会員番号:　　）

□非会員

第83回日本循環器学会学術集会

会長　小室　一成　先生

下記の者は、医療関連業務従事者であることを証明します。

氏 名:

生年月日:

職 種: 該当するものに〇印をつけてください。

看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床工学技士 ・ 臨床検査技師 ・ 理学療法士

作業療法士 ・ 診療放射線技師 ・ 栄養士 ・ 救急救命士

その他(企業等)〔　　〕

年　　月　　日

住 所 〒

所 属 名

責任者署名　　㊞