

メディカルスタッフ証明書

日本老年麻酔学会第 36 回学術集会

会長 坂口嘉郎 殿

以下の者は、当施設のメディカルスタッフであることを証明いたします。

氏名： _____

職種：下記であてはまる職種に✓を入れてください。※50 音順

栄養士 看護師 管理栄養士 薬剤師 理学療法士

臨床検査技師 臨床工学技士 その他（具体的に： _____）

ご記入日 年 月 日

住 所： 〒 _____

ご所属先：

所属長ご署名： _____ (印)
(直筆)

※医師・研究者以外のメディカルスタッフの資格をお持ちの方が対象となります。
※あわせて、必ず本人証明のできる書類（身分証明書等）をご提示ください。
本人証明書類のご提示を頂けない場合は、医師の参加区分が適用されます。予めご了承ください。