**医療関連業務従事者証明書**

第１３３回日本循環器学会九州地方会

会長　甲斐　久史　先生

廣岡　良隆　先生

第35回日本心血管インターベンション治療学会九州・沖縄地方会/

第7回冬季症例検討会

会長　貞松　研二　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　（企業名）　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　　　年　　　月　　　日

住所　〒

所属長

責任者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞