

メディカルスタッフ証明書

下記の者が当施設のメディカルスタッフであることを証明します。

参加者	ふりがな	
	氏名	
	職種	

2023 年 12 月 日

【責任者】

※所属長に署名・捺印をいただいでください

氏名:

印

所属:

役職:

住所:

(〒)