

## 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: (〒 )

.....