

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82回日本循環器学会学術集会

会長 澤 芳樹 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○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

⑩