

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第117回例会

コメディカル証明書

氏 名：_____

所属施設名：_____

職 名：_____

上記のものは当方の職員であることを証明する

令和4年 月 日

所属施設名：_____

所属長名：_____ 印

※本紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。