

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第 119 回例会

薬剤師証明書

氏 名：\_\_\_\_\_

所属施設名：\_\_\_\_\_

職 名：\_\_\_\_\_

上記のものは当方の薬剤師であることを証明する

令和 5 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。