

[様式 1]

日本血管外科学会中国四国地方会第 51 総会

メディカルスタッフ証明書

下記の者は、当院のメディカルスタッフであることを証明します。

氏 名： _____

職 種： _____

※お手数ですが、職種まで必ず記載をお願い致します。

2021 年 月 日

住所：〒

所属名：

責任者署名：

印

※所属長に署名・捺印をいただいでください

※本証明書のスキャンデータをメールで運営事務局までご提出ください