

[様式 2]

真菌症フォーラム 2020 学術集会

## 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。

2020 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。