**メディカルスタッフ・研修医証明書**

第29回日本心不全学会学術集会

会長　山本　一博 殿

下記の者は、当院のメディカルスタッフ／研修医であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 職種 | 該当する区分に○を付けてください。  ■研修医  ■メディカルスタッフ ※以下より該当する職種に○を付けてください。  看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床工学技士 ・ 臨床検査技師 ・  栄養士 ・ 療法士 ・ 救急救命士 ・ 医療ソーシャルワーカー ・  診療放射線技師 ・ 移植コーディネーター ・  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

2024 年 　　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 所属名 |  |
| 責任者署名 | ㊞ |