

# 第 111 回日本消化器病学会総会用

## メディカルスタッフ証明書

参加者氏名	フリガナ	
	-----	
所属機関 (勤務先)		
部署		
職種		
連絡先	TEL :	FAX :

上記の者が、当施設に籍を置く<メディカルスタッフ>であることを証明する。

令和 年 月 日

施設長もしくは上長、部署管理責任者

(役職) \_\_\_\_\_

(署名) \_\_\_\_\_ ④

- ※ メディカルスタッフは医師・歯科医師以外の看護師を含む、医療機関に所属する医療従事者を指します。
- ※ 当証明書は施設長、上長、部署管理責任者の自筆署名、もしくは押印が必要です。
- ※ 施設長、上長、部署管理責任者の記載が無いもの、参加者ご本人の署名・押印等は無効になりますのでご注意ください。