

メディカルスタッフ証明書

第 63 回日本心血管インターベンション治療学会(CVIT)関東甲信越地方会
会長 佐藤 明(山梨大学医学部)

下記の者は、当施設のメディカルスタッフであることを証明します。

氏名: _____

生年月日:(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

職種:

1. 看護師
2. 診療放射線技師
3. 臨床工学技士・臨床検査技師
4. その他(_____)

発行年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: 〒 _____

病院 / 科名: _____

責任者名(ゴム印可): _____ (印)