

# メディカルスタッフ証明書

第 65 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 武安 法之(茨城県立中央病院)

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)