

メディカルスタッフ証明書

一般社団法人 日本胸部外科学会
理事長 千田 雅之 殿

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いたします。

氏 名：

生年月日： 年 月 日

職 種：主たるものに◎印をお付けください。

それ以外で該当するものがありましたら○印をお付けください。

看護師 ・ 薬剤師 ・ 臨床工学技士 ・ 臨床検査技師 ・ 栄養士
療法士 ・ 救命救急士 ・ 医療ソーシャルワーカー ・ 移植コーディネーター
その他（ ）

年 月 日

住 所 〒

所 属 名

責任者署名

◎印

※署名・捺印をいただいでください。