**医療関連業務従事者（メディカルスタッフ）証明書**

第29回日本病院総合診療医学会学術総会

会長 藤島 清太郎 先生

下記の者は、医療関連業務従事者であることを証明します。

氏 名：

生年月日： 　　　　　年　　　月　　　日

職 種： 看護師 ･ 薬剤師 ･ 臨床工学技士 ･ 臨床検査技師 ・ 理学療法士

作業療法士 ・ 診療放射線技師 ・ 栄養士 ･ 救急救命士

その他 〔　　　　　　　　　　 〕

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当するものに○印をつけてください。

　年 　　月 　　日

住 所 〒

所 属 名

責任者署名　　　　　　　　　　　　　 ㊞