**同伴者承認証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |

上記の者が当施設の、在籍職員　であることを証明する。

令和7年　　　　月　　　　日

所属長（責任者）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※責任者の署名・捺印（サイン）がない証明書は無効といたします。

＜注意事項＞

参加登録いただく際、本書類と「同伴者登録番号」の入力が必要です。

同伴者登録番号は医師の「参加費支払完了通知メール」に記載されている英数字4桁です。同伴者登録番号は医師にご自身でご確認のうえ、入力してください。