

Ultrasonic Week 2016

コメディカル証明書

下記の者は、当院の職員であることを証明します。

氏 名：

所属施設名：

職 種：

※お手数ですが、職種まで必ず記載をお願いいたします。

平成 年 月 日

所属施設名：

職 名：

責任者署名：

※施設長（所属部科長でも可）に署名をいただいでください。

※本用紙をご持参いただき、学会参加受付時にご提示ください。