

メディカルスタッフ証明書

第 129 回日本産科麻酔学会学術集会

会長 川口 昌彦 殿

以下の者は、当院のメディカルスタッフであることを証明します。

氏 名 : _____

職 種 : _____

2025 年 _____ 月 _____ 日

住 所 : 〒 (- - -)

所 属 名: _____

所属科長署名 : _____ 印 (自筆)

※ 所属部科長等に署名・捺印をいただいてください。

※ 本証明書はスキャンし、参加登録の際にアップロードしてください。