**医療関連業務従事者証明書**

・下記いずれかチェックをつけてください。※準会員の場合は会員番号必須

□準会員（会員番号：　　　　　　　　　　　　　　　）

□非会員

第127回日本循環器学会九州地方会

会長　福本義弘　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 ：

職種 ： 該当するものに〇印をつけてください。

看護師　・　薬剤師　・　臨床工学士　・　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　（企業名）　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　　　年　　　月　　　日

住所　〒

所属長

責任者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞