

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第 111 回例会

コメディカル証明書

氏 名： _____

所属施設名： _____

職 名： _____

上記の者は当方の職員であることを証明する

令和元年 月 日

所属施設名： _____

所属長名： _____ 印

※本紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。