

# 薬剤師証明書

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 年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※ 本用紙をご持参いただき、学会総合受付にご提出ください。