

日本消化器内視鏡学会四国支部  
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 年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_