医療関連業務従事者（理学療法士以外）証明書

日本栄養・嚥下理学療法学会学術大会

大会長　井上　達朗 殿

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○印をつけてください。

医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士

管理栄養士 ・ 栄養士 ・ その他 〔 　　　　　　〕

年 月 日

住 所 〒

所 属 名

責任者署名 ㊞