第 79 回日本泌尿器科学会東部総会
メディカルスタッフ証明書

下記の参加者は、当施設のメディカルスタッフであることを証明いたします。

【参加者】

職種 _____

氏名 _____

所属先名称 _____

住所 _____

TEL _____

2014 年　　月　　日

所属長名 _____ 印

※ 必要事項をご記入の上、当日、参加受付へご提出ください。