

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第 125回 例会  
薬剤師 証明書

参加者氏名	ツガナ
所属施設	
部署	

上記の者が、当施設に籍を置く「薬剤師」であることを証明する。

令和 年 月 日

施設長もしくは上長、部署管理責任者

(役職) \_\_\_\_\_

(署名) \_\_\_\_\_ ⑩

- ※ 当証明書は施設長、上長、部署管理責任者の自筆署名、もしくは押印が必要です。
- ※ 施設長、上長、部署管理責任者の記載が無いもの、参加者ご本人の署名・押印等は無効になりますのでご注意ください。

■当日、本紙をご持参いただき、総合受付にご提出ください。