

一般財団法人日本消化器病学会四国支部 第 124 回例会

メディカルスタッフ証明書

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します。

2025 年        月        日

所属施設名：

---

所属長名：

⑩

---

◎本誌をご持参いただき、参加受付にご提出をお願いします。