

一般財団法人日本消化器病学会四国支部 第 124 回例会

薬剤師証明書

氏 名：

所属施設名：

職 名：

上記の者は、当方の薬剤師であることを証明します。

2025 年 月 日

所属施設名：

所属長名：

印

◎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。