

身 分 証 明 書

氏 名： _____

所 属： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者が当施設に籍を置き、

看護師 ・ 臨床工学技士 ・ 臨床検査技師 ・ 管理栄養士 ・

薬剤師 ・ その他これらに準じる医療従事者（ _____ ）

学生 ・ 大学院学生 ・ 研究生 ・ 前期研修医

※該当するものを○で囲んでください

であることを証明する

年 _____ 月 _____ 日

（所属長 肩書）

（所属長氏名） 印 or サイン