

証 明 書

年 月 日

特定非営利活動法人 日本血管外科学会

理事長 東 信良 殿

チーム医療推進委員会

委員長 重松 邦広 殿

施設名： _____

診療科（職種）： _____

氏名： _____

上記記載の _____ 氏は、当施設所属のメディカルスタッフであることを、証明いたします。

施設名： _____

診療科： _____

役職名： _____

証明者氏名（自署）： _____