



コメディカル証明書

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する。

年 月 日

所属施設名 _____

職 名 _____

氏 名 _____ (印)

*本用紙をご持参いただき、受付にご提出下さい。