

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第115回例会

コメディカル

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

令和3年 月 日

所属施設名： \_\_\_\_\_

所属長名： \_\_\_\_\_ 印

※本紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。