

医療歴証明書 (I)

氏 名

施設名

所 属

上記のものは下記に示す期間、当施設において下肢病変の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の在籍期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上のおり証明します。

西暦 年 月 日

施設名

所属長 氏名

印

