**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　・　初期研修医

※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