身　分　証　明　書

氏名：

所属：

生年月日：

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 役職)

　　　　　　　　　　　　　　　㊞　(所属長 署名)