

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第 126 回例会

【薬剤師証明書】

氏 名：

---

所属施設名：

---

職 名：

---

上記のものは当方の薬剤師であることを証明する

令和 8 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。