第41回日本認知症学会学術集会

第37回日本老年精神医学会［合同開催］

身分証明書

１．職種に関しまして、下記いずれかにチェックを入れてください。

その他に該当する場合は、職種の名称を具体的にご記入ください。

２．所属長の署名・捺印をいただいてください。

３．その他の必要事項を記入の上、参加登録時にアップロードをお願いいたします。

下記の者は、当方の　 □看護師

□薬剤師

□心理士

□理学療法士

□作業療法士

　　　　　　　　　　 □初期研修医

　　　　　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　）

であることを証明いたします。

所属長署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【参加者情報】

氏名：

所属施設名：

所属先住所：〒

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線）