第42回日本認知症学会学術集会

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）