**医師以外の医療従事者　証明書**

第19回パーキンソン病・運動障害疾患コングレス

大会長　髙橋　一司　殿

下記の者は、医師以外の医療従事者であることを証明いたします。

**氏名**：

**所属**：

**職種**：

※お手数ですが、職種まで必ずご記入をお願いいたします。

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

**住所**：

**所属名**：

**責任者署名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※所属部科長の署名・捺印をお願いいたします。