

勤務証明書

年 月 日

日本リンパ浮腫学会 御中

下記の者については、 年 月 日現在、当保険医療機関に職員として勤務し、専任の医師の指導監督の下でリンパ浮腫診療に従事していることを証明いたします。

記

現住所	
生年月日	年 月 日
資格名	あん摩マッサージ指圧師
氏名	

以上

住所

保険医療機関名

代表者名

印