**メディカルスタッフ証明書**

**第11回 Pan-Pacific Primary Angioplasty Conference 2025**

**会長　中澤　学 先生**

**下記の者は、当施設のメディカルスタッフであることを証明します。**

**よって、参加費は3,000円にてお願いします。**

**氏 名：**

**在職期間：**

**2025年 　 月 　 日**

**住 所 〒**

**所 属 名**

**責任者署名 　　　　　 　　　　　㊞**