

## 所属証明

日本不整脈心電学会会員番号		
申請者氏名		
生年月日		(西暦) 年 月 日
国家医療資格	資格名称	医師 ・ 看護師 ・ 臨床工学技士 ・ 臨床検査技師 ・ その他 ( )
	資格免許番号	
	資格取得年月日	(西暦) 年 月 日

上記の者は本施設の職員であり、植込み型心臓不整脈デバイス関連業務に従事、または従事する予定であることを認めます。

施設長／所属長の署名・捺印 (自署名が難しい場合は申請者が記載し、捺印のみでよい)

施設名： \_\_\_\_\_

役職名： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印