以下の在籍証明書は、推薦者と被推薦者の在籍施設が異なる場合にのみ
ご提出いただきます。

循環器病予防療養指導士認定試験
在籍証明書

フリガナ	
氏名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
現住所	〒　　－
入職日	西暦　　年　　月　　日
職務内容	
役職	

上記の者は、当施設の職員であることを証明します。

西暦　　年　　月　　日

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞