

施設会員職員証明書

日本環境感染学会 認定制度第1ステップ (CIP)

日本環境感染学会 認定制度委員会 御中

下記の者が当施設の職員であることを証明します。

| | |
|-----------|----------------------------|
| 氏名 (フリガナ) | () |
| 職種 | |
| 所属部署 | |
| 勤務形態 | 常勤 ・ 非常勤 ※該当するものを○で囲んでください |

証明日：西暦 年 月 日

| | |
|------------|-------------|
| 施設名 | |
| 施設所在地 | 都道府県 |
| 施設会員番号 | |
| 証明者氏名 (役職) | 役職： 氏名： (印) |

※本証明書は施設の代表者または人事担当責任者が記載・捺印のうえ提出してください。