**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**《 在籍証明書 》**

　　年　　月　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　は、

当施設に在籍していることを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　公印