

士会指定事業運営スタッフ証明書

貴殿は、以下の事業の運営スタッフとして協力したことを証明いたします。

申請年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

会員番号						
フリガナ	姓		名			
氏名						
生年月日		年		月		日
所属						
申請する リーダー※						

※申請するリーダーの登録をマイページから必ず行って下さい。登録していないと反映されません。

参加した事業						
開催日時		年		月		日
開催場所						

事業代表者の確認欄

士協会の役職	公社)奈良県理学療法士協会 会長
事業代表名	増田 崇

2021.02.01