

(様式 3-1)

骨粗鬆症診療従事証明書

(施設長もしくは所属長の証明書)

一般社団法人日本骨粗鬆症学会理事長殿

下記の者が、当施設において骨粗鬆症診療に従事している
ことを証明いたします。

申請者氏名： _____

以上

西暦 _____年____月____日

施設住所：〒 _____

施設名： _____

役職： _____

証明者： _____ 印

(個人情報、本認定審査および各種お問い合わせの対応等の準備業務を円滑に進める目的、認定後の認定更新等会員管理目的のみに限って利用するものとします。)