

(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

(個人情報は、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。)