災害時リウマチ患者支援事業（実地訓練）従事証明書

　次の者は、大規模災害発生時に、リウマチ性疾患患者の支援事業（実地訓練）に従事したことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．従事者氏名  (申請者名) |  |
| ２．所 　　属 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| １．災害名（実地訓練名） |  |
| ２．支援事業(実地訓練)従事場所  （都道府県名、病院名等） |  |
| ３．支援事業（実地訓練）  従事期間 | 平成・令和　　　年　 　月 　 　日　から  平成・令和　　　年　 　月 　 　日　まで |
| ４．支援（実地訓練）業務内容 |  |
| ５．支援事業（実地訓練）  現場責任者・職位 |  |
| 従事証明者　署名捺印  　　　　　　　　　 所　属  　　　　　　　　　　役　職  　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |