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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |