

医療歴証明書（Ⅱ）

氏 名

施設名

所 属

上記のものは下記に示す期間、当施設において下肢病変の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の従事期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上のとおり証明します。

西暦 年 月 日

日本下肢救済・足病学会評議員

印

* 多施設もしくは在宅、居宅療養などで下肢病変の予防、医療に従事した場合はこの様式を用いてください。