様式２

**一般社団法人日本総合健診医学会**

**2024年度　総合健診指導士・総合健診業務管理士認定試験**

**総合健診業務従事証明書**

一般社団法人日本総合健診医学会　理事長　殿

下記の者は、当施設において下記の期間、総合健診業務に従事したことを証明します。

記

ふりがな

氏　名：

従事期間（西暦）：　     　年　     月　から

　　　 　      　年　     月　まで　　　　     　年　     　ヶ月

以上、相違ありません。

2024年　     月　     日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設番号： |       |
| 施設名　： |       |
| 施設長名： |      　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |