**４-②**

温泉療法専門医取得のための診療従事証明

　以下の者は、主に気候療法が行える可能な施設として、当

施設に２年以上、従事していることを証明します。

　申 請 者：

　会員番号：　　　　　　　　入会日：　　 年 月 日

　勤 務 先：

　　 入職日：　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　勤務先名：

　　　　　　　　　　　　　　病院長：　　　　　　　　　　印