

沖縄県言語聴覚士会

症例検討証明書

日時：平成 年 月 日

氏名： _____

症例タイトル： _____

上記の者は本症例検討会において症例検討を行なったことを証明する

責任者

_____ 印

(会員番号：)

責任者

_____ 印

(会員番号：)

*責任者は、異なる施設の臨床経験6年以上の本協会正会員2名とする。

生涯学習システムの修了証申請時に必要となりますので大切に保管してください。