健康診断証明書

氏　　名

生年月日

住　　所

　上記の者は、認定がん医療ネットワークシニアナビゲーターの実地見学に従事可能な健康状態であることを証明する。

年　　　　　月　　　　日

施　　設　　名

住　　　　　所

担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印