

排尿機能検査の実地見学推薦施設 見学証明書

検査士氏名：_____

認定番号： 第 _____ 号

あなたが、当施設において排尿機能検査の実地見学に参加
したことを証明します。

(西暦) 年 月 日

施設名：_____

担当者氏名：_____