

# 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。

平成 年 月 日

施設名：\_\_\_\_\_

担当者氏名：\_\_\_\_\_