

研修医証明書

氏 名： _____

所属施設名： _____

連 絡 先： _____

上記の者は _____ にて
卒業臨床研修中の医師であることを証明する。

平成 年 月 日

所 属 施 設 名 _____

所属長あるいは部署責任者署名 _____

※ 本用紙をご持参いただき、学会総合受付にご提出ください。