

第 60 回日本移植学会総会  
研修医・専攻医 証明書

ふりがな

---

参加者氏名

---

所属先 〒

---

連絡先 TEL :

メール :

---

上記の者が当施設に在籍し、研修医・専攻医であることを証明する

2024年 月 日

<証明者> ※所属施設の責任者の方でお願いいたします。

氏名 : \_\_\_\_\_

所属 : \_\_\_\_\_

役職 : \_\_\_\_\_