

第 63 回日本消化器免疫学会総会用

初期研修医証明書

参加者氏名	フカナ	
研修施設名 (勤務先)		
勤務先 所在地	〒	
連絡先	TEL :	FAX :
卒業大学		西暦 年卒業

上記の者が、当施設に籍を置く＜初期研修医＞であることを証明する。

令和 年 月 日

施設長もしくは上長、研修指導責任者

(役職) _____

(署名) _____ ⑧

- ※ 施設長、上長、研修指導責任者の自筆署名、もしくは押印が必要です。
- ※ 施設長、上長、研修指導責任者の署名が無いもの、参加者ご本人の署名・押印等は無効になりますのでご注意ください。