



## 研修医証明書

氏 名 \_\_\_\_\_

所属施設名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 \_\_\_\_\_

所属長あるいは部署責任者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

\* 必要事項ご記入の上、参加登録メールに添付ください。