****

**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。