



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。