

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第 125回 例会
研修医 証明書

参加者氏名	フガナ
所属施設	

上記の者が、「卒後臨床研修中の医師」であることを証明する。

令和 年 月 日

研修先病院の所属長あるいは研修指導責任者

(施設名) _____

(役職) _____

(署名) _____

⑩

- ※ 当証明書は研修先病院の所属長・研修指導責任者の自筆署名、もしくは押印が必要です。
- ※ 研修先病院の所属長・研修指導責任者の記載が無いもの、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。

■当日、本紙をご持参いただき、総合受付にご提出ください。