

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第115回例会

初期研修医証明書

氏 名： _____

所属施設名： _____

職 名： _____

上記の者は卒後臨床研修中の医師であることを証明する

令和3年 月 日

所属施設名： _____

所属長名： _____ 印

※本紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。