

初期研修医証明書

日本老年麻酔学会第 37 回学術集会
会長 濱口 眞輔 殿

以下の者は、初期臨床研修中の医師であることを証明いたします。

氏名： _____

ご記入日 年 月 日

住 所： 〒

ご所属先：

所属長ご署名： _____ (直筆) ⑩

※必ず所属長もしくは、研修指導責任者の署名・捺印を得てください。
※あわせて、必ず本人証明のできる書類（身分証明書等）をご提示ください。
本人証明書類のご提示を頂けない場合は、医師の参加区分が適用されます。予めご了承ください。