**初期研修医証明書**

第19回パーキンソン病・運動障害疾患コングレス

大会長　髙橋　一司　殿

下記の者は、本施設の初期研修医であることを証明いたします。

**氏名**：

**所属施設名**：

**研修開始年月日**：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

**研修指導責任者氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**役職**：

※本証明書を参加受付時に提出することにより、本コングレスへの参加費を免除いたします。

※必ず研修指導責任者の署名・捺印を得てください。