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 印

*☆各事項ご記入の上、参加登録メールに添付してください。*