大学院生・研修医 証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 電話番号 |  |

上記の者は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　にて

「大学院生」・「卒後臨床研修中の医師」であることを証明する。

※該当するものに○をご記載ください。

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属大学・施設名 |  |
| 所属長あるいは（部署）責任者署名 |  | 印 |

※本用紙をご持参いただき、学会総合受付にご提出ください。