

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第114回例会

研修医証明書

氏名：_____

所属施設名：_____

職名：_____

上記のものは卒後臨床研修中の医師であることを証明する

令和2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。