# 日本集中治療医学会第４回関西支部学術集会

2020年10月31日（土）～11月1日（日）

# 初 期 研 修 医 証 明 書

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名： |
| 卒業年度： |
| 研修施設名： |
| 上記の者が当施設に籍を置き、初期研修医であることを証明する。  ２０２０年 月 日  《研修指導責任者》  氏 名： 印  所 属 ：  役 職 ： |

※ご記入・捺印（サイン）を受け、PDFにて[jsicm-kansai2020\_registration@cresci.jp](mailto:jsicm-kansai2020_registration@cresci.jp) 宛てご提出ください。

〈運営事務局使用欄〉

|  |  |
| --- | --- |
| No. | 備 考 |
|  |  |