日本集中治療医学会

第9回関西支部学術集会

2025年7月5日（土）

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。  年　　　　月　　　　日  ＜　研修指導責任者　＞  氏　　名  所　　属  役　　職 | |

* ご記入・捺印（サイン）のうえ、指定のアップロード先にご提出ください。

運営事務局使用欄

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