

第 145 回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会

初期研修医証明書

参加者氏名	フリガナ
研修施設名 (勤務先)	
勤務先 所在地	〒 ー
連絡先	TEL :
卒業大学	
卒業年	西暦 年卒業

上記の者が、当施設に籍を置く＜初期研修医＞であることを証明する。

____年 月 日

施設長もしくは上長、研修指導責任者

(役職) _____

(署名) _____ (印)

※ 施設長、上長、研修指導責任者の自筆署名、もしくは押印が必要です。

※ 施設長、上長、研修指導責任者の署名が無いものは無効になりますのでご注意ください。