**第44回日本エンドメトリオーシス学会学術講演会**

**初期研修医証明書**

本人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

初期臨床研修開始年月：＿＿＿＿年＿＿＿＿月

上記の者は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にて

臨床研修中の医師であることを証明する。

令和　年　　月　　日

所属長署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊事前参加登録を済ませたのち、運営事務局宛てにメールを添付でお送りください。

　初期研修医の参加費は無料となります。