

第 34 回中国四国 IVR 研究会

前期研修医証明書

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 3 年 月 日

所属施設名：_____

所属長名：_____ 印

※本紙をご記入いただき、学会運営事務局宛てにご提出ください。

提出先 E-mail:ivr34-cs@med-gakkai.org