

第 143 回日本医学放射線学会中国・四国地方会
初期臨床研修医証明書

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、運営事務局までメール添付のうえお送りください。

初期臨床研修医の参加費は無料となります。