

第 28 回日本摂食障害学会学術集会

初期研修医証明書

以下の参加者が当方の「研修医」であることを証明します

氏 名： _____

職 種： _____

2025 年 月 日

所属施設名：

所 属 長 名： _____ 印

※所属長に署名・捺印をいただってください
※学会当日、本証明書を受付へご提出ください