

一般財団法人 日本消化器病学会四国支部 第119回例会

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5年 月 日

所属施設名：\_\_\_\_\_

所属長名：\_\_\_\_\_ 印

※本紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。