

第 10 回日本婦人科ロボット手術学会
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： _____

*当日現地受付の場合は本用紙をご持参いただき、受付にご提出ください。事前参加登録の場合は、参加登録を済ませたのち、運営事務局宛てにメール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。