

第63回日本血液学会中国四国地方会

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6年 月 日

所属長署名： _____

*必要事項を全てご記入の上、当日の受付時にご提出ください。

初期研修医の参加費は無料となります。