

第 65 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 8 年 月 日

所属長署名： \_\_\_\_\_

※本用紙は、Fax または E-mail にてご提出をお願いいたします。

初期研修医の参加費は無料となります。