

第 123 回近畿血液学地方会

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 7 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。