

第64回日本心身医学会総会ならびに学術講演会  
初期研修医証明書

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 年 月 日

所属施設名:

所属長名: \_\_\_\_\_ 印

※本紙をご記入いただき、学会運営事務局にご提出ください。