

第 12 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
大会長 大野 每子 殿

初期研修医証明書

以下の者は当施設の初期研修医であることを証明いたします。

名前 _____

年 月 日

所属施設名: _____

責 任 者: _____ 印