

初期研修医証明書

第 30 回日本神経免疫学会学術集会

会長 藤原 一男 殿

下記の者は、当院の初期研修医であることを証明します。

氏名： _____

生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

卒業年度： 西暦 _____ 年 _____

2018 年 _____ 月 _____ 日

住 所： 〒 _____

所 属 名： _____

部科長署名： _____ (印)

※ローテートしている診療科、診療部の部科長に署名・捺印をいただいでください。
※本証明書は学会当日、受付窓口にご提出ください。