**第6回日本脳神経内科血管治療研究会**

**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：**