

# 第 36 回日本神経治療学会学術集会

## 初期研修医 証明書

氏 名： \_\_\_\_\_

卒業大学： \_\_\_\_\_

卒業年度： \_\_\_\_\_

研修施設名： \_\_\_\_\_

上記の者が、当施設に籍を置く、〈初期研修医〉であることを証明する。

平成 年 月 日

研修指導責任者

ご署名： \_\_\_\_\_ ㊟

役 職： \_\_\_\_\_

※必要事項をご記入の上、当日参加受付窓口にご提出ください。

※あわせて、必ず本人証明のできる書類（身分証明書等）をご提示ください。

本人証明書類のご提示を頂けない場合は、一般の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。