

第 37 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。

令和 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、医師の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。