

初期研修医証明書

第26回日本神経麻酔集中治療学会

会長 吉谷 健司 先生

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： _____

在職期間： _____

年 月 日

住 所 〒
ご所属
責任者署名

④