



日本消化器病学会関東支部第 回例会

研修医証明書

本人氏名: \_\_\_\_\_

初期研修開始年月: 年 月

上記の者は初期研修中(卒後1-2年)の医師であることを証明する。

年 月 日

所属機関名: \_\_\_\_\_

所属長署名: \_\_\_\_\_

初期研修医(卒後 1-2 年)の参加費は無料となります。