第 54 回 内科学の展望

# 研修医証明書

氏　　名　　：

所属施設名：

研修開始年月日：　　年　　月　　日

上記の者は本施設の研修医であることを証明する

年　　月　　日

研修指導責任者氏名：　　印

役職：

- 本証明書を参加受付時に提出することにより、
  講演会への参加費を免除いたします。
- 研修指導責任者の署名・捺印を得てください。
- 既に本会へ入会されている会員の方は対象外となります。