

第113回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会
研修医証明書

氏名： _____

所属施設： _____

連絡先： _____

上記の者は本施設の研修医（卒後2年以内）であることを
証明する。

2024年 ____月 ____日

所属長あるいは

部署責任者署名： _____