

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： \_\_\_\_\_