

第111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 _____ にて

研修医（卒後2年以内）であることを証明する。

2023 年 ____ 月 ____ 日

所属長あるいは

部署責任者署名： _____