第59回日本移植学会総会

研修医・専攻医　証明書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 |  |
| 所属先 | 〒 |
| 連絡先 | TEL：  メール： |

上記の者が当施設に在籍し、研修医・専攻医であることを証明する

2023年　　月　　日

＜証明者＞※所属施設の責任者の方でお願いいたします。

氏名：

所属：

役職：