第39回日本脳神経超音波学会総会

**初期臨床研修医　証明書**

下記の参加者が当方の初期臨床研修医であることを証明します。

初期臨床研修医　　 　 　年度卒

※初期研修医の方はご記入ください。

参加者氏名：

主任教授または所属長氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

勤務先（大学名）：

勤務（大学）先住所：（〒　　　－　　　　）

電話番号：