第114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。

2025 年 月 日所属長あるいは

部署責任者署名：