

第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
大会長 井上 真智子 殿

証 明 書

以下の者は当施設の
初期研修医・メディカルスタッフ(資格取得後 2 年目まで)であることを証明いたします。

名前 _____

職種 _____

資格取得年 _____

年 月 日

所属施設名: _____

責 任 者: _____ 印