第9回日本リンパ浮腫治療学会学術総会

初期研修医証明書

本人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所 属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 初期臨床研修開始年月：＿＿＿＿年＿＿＿＿月

上記の者は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿にて臨床研修中の医師であることを証明する。

令和 年 月 日

所属長署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊本証明書の提出がない場合は、会員あるいは非会員での登録となりますのでご注意ください。

＊本証明書の提出により参加費は無料となりますが、プログラム抄録集をご希望の場合は、別途、ご購入ください。