



一般財団法人 日本消化器病学会
近畿支部例会 研修医証明書

本人氏名：_____

所 属：_____

連絡先：_____

上記の者は_____にて
卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

平成 年 月 日

所属長署名：_____

本用紙をご持参いただき、学会当日の総合受付にご提出下さい。