

研修証明書

会員No. _____ 氏 名 : _____

生年月日 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、下記施設に勤務しつつ当認定施設の消化器臨床研修カリキュラムに従って、併記の期間消化器臨床研修を行ったことを証明いたします。

但し、研修期間とする上限を最長1年間までとする。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 : _____

上記の通り相違ありません。

証明日 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

【認定施設名】

【日本消化器病学会指導医署名】

⑩

※上記は指導医による署名、捺印が必要となります