初期研修医証明書

* 氏　　名：
* 卒業大学：
* 卒業年度：
* 研修施設：

上記の者が、当施設に籍を置く**初期研修医**であることを証明する

2025年　月　日

研修指導責任者：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

役　　　　　職：

送付先　第4回年次大会　会長宛

mail to:senmon-i@jaclap.org

日本臨床検査専門医会　事務局