

初期研修医 身分証明書

参加者	ふりがな	
	氏名	
	所属	
	電話番号 (内線)	

上記の者が当施設に籍を置き、初期研修医であることを証明する。

年 月 日

《証明者》

氏名： 印

所属：

役職：

※ 必要事項をご記入いただき、所属長の印を押印の上、当日参加受付にてご本人様を確認できる書類（身分証・免許証等）と併せてご提出ください。

〈運営事務局使用欄〉

No.	備考