第69回九州リウマチ学会

初期臨床研修医証明書

氏 名：

所属施設名：

職 名：

上記のものは卒後臨床研修中の医師であることを証明する

2025 年 月 日

所属施設名：

上長氏名： 印

※本紙をご記入いただき、事務局にご提出ください。