

第45回日本足の外科学会学術集会

初期臨床研修医 証明書

ふりがな	
参加者氏名	
所属先	〒
連絡先	電話： メール：
上記の者が当施設に在籍し、初期臨床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：	