

一般社団法人日本ペインクリニック学会第5回関西支部学術集会

初期研修医証明書

以下の者は当施設の初期研修医であることを証明いたします。

氏名 _____

記入日 年 月 日

住所 〒 _____

所属施設名 _____

責任者署名（自署） _____