

第6回日本石綿・中皮腫学会学術集会
初期研修医証明書

本人氏名：_____

所 属：_____

初期臨床研修開始年月：_____年_____月

上記の者は、_____にて

臨床研修中の医師であることを証明する。

令和7年 月 日

所属長署名：_____

*事前参加登録を済ませたのち、運営事務局宛てにメール添付でお送り下さい。
初期研修医の参加費は無料となります。