**第18回 日本骨盤臓器脱手術学会学術集会**

**研修医　証明書**

以下の参加者が当方の「研修医」であることを証明します。

参加者氏名

勤務先

所在地　　〒

令和　　　年　　　月　　　日

研修先病院の所属長あるいは研修指導責任者

施設名

研修指導責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印