

The 25th CTO Club

会期：2025年6月13日(金)～14日(土)



研修医証明書

氏 名 _____

所属施設名 _____

職 名 _____

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 _____

所属長あるいは部署責任者氏名 _____ (印)

*本用紙をメール添付にてご連絡ください。