



Japanese Medical Society on Child Abuse and Neglect

第14回日本子ども虐待医学会学術集会

初期研修医 証明書

参加受付番号	
氏名	
卒業大学	
卒業年度	
研修施設名	

上記の者が、当施設に籍を置く

＜初期研修医＞であることを証明する。

年 月 日

研修指導責任者

氏名： _____ (印)

役職： _____

※必ず、研修指導責任者の署名・捺印をお願いします。