初期研修医・学生 所属証明書

第36回日本小児科医会総会フォーラム in KOBEに参加したいと思います。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 性別：　男 ／ 女 ／ その他 |
| 携帯番号： |
| E-mail： |
| 勤務先病院名・学校名： | 電話番号： |
| FAX番号： |

上記のものが所属することを証明します。

|  |
| --- |
| 病院名・学校名： |
| 所属・役職： |
| 氏名： |

　　事前に所属長に署名していただき、当日、総合受付までご持参ください。