



# 日本リウマチ学会 関東支部学術集会

## 初期臨床研修医 証明書

ふりがな	
参加者氏名	
所属先	〒
連絡先	電話：_____ メール：_____
上記の者が当施設に在籍し、初期臨床研修医であることを証明する	
2021年 月 日	
<証明者>	
氏名：	_____ (印)
所属：	_____
役職：	_____