

第 17 回 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会

大会長 鈴木 富雄 殿

証 明 書

以下の者は、当施設の

初期研修医・歯科医師・薬剤師・メディカルスタッフ(資格取得後 2 年目まで)であることを
証明いたします。

名前 _____

職種 _____

資格取得年 _____

年 月 日

所属施設名 : _____

責 任 者 : _____ 印