

研修医証明書

第 13 回日本リハビリテーション栄養学会学術集会

大会長 百崎 良 先生

下記の者は、当院の研修医であることを証明します。

氏名：

生年月日：

在職期間：

年 月 日

住所 〒

所属名

責任者署名

⑩