**BPCNPNPPP4学会合同年会**

**初期研修医　身分証明書**

下記の参加者が初期研修医であることを証明します。

参加者氏名：

所属長（責任者）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

勤務先：

勤務先住所：（〒　　　- ）

電話番号：

FAX番号：