

第5回日本フットケア・足病医学会 東海・北陸地方会学術集会

会期：2025年11月1日(土)

会場：ウインクあいち



研修医証明書

氏 名 _____

所属施設名 _____

職 名 _____

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 _____

所属長あるいは部署責任者氏名 _____ ㊞