**日本ボツリヌス治療学会**

**20２３年度ワークショップin博多**

**初期臨床研修医証明書**

**氏名：**

**所 属：**

**初期臨床研修開始年月： 年 月**

**上記の者は、 にて**

**臨床研修中の医師であることを証明する。**

**令和5年 月 日**

**所属長署名：**

**※記入後メールで事務局まで送付ください。**