

症例検討証明書

日時： 平成 年 月 日

氏名： _____

症例タイトル： _____

上記の者は本症例発表において症例検討を行ったことを証明する。

責任者

(本協会会員番号

印
)

責任者

(本協会会員番号

印
)

* 責任者は、異なる施設の臨床経験 6 年目以上の本協会正会員 2 名とする。

生涯学習システムの終了証申請時に必要となりますので
大切に保管してください。