研修証明書

西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日

申請者名

上記申請者が本学会認定のIBD指導施設またはIBD指導関連施設において、　　下記期間に炎症性腸疾患を診療し、常勤として研修したことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修期間 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　　月　～  西暦　　　　　　　年　　　　　　　月 |
| 指導施設名又は  関連施設名 |  |

またこの期間で経験した症例を経験症例レポートとしたことを証明いたします。

IBD指導医氏名（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞