(試験様式 ３)

**研 修 修 了 証 明 書**

下記の者は、一般社団法人 日本血液学会 専門医制度による血液専門医認定試験を

受験するため、認定研修施設での研修を修了したことを証明いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

施設名

施設長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

氏　　名

生年月日

現 住 所

血液学会

会員番号