施設長確認書

当病院を日本消化器病学会専門医制度規則および施行細則に規定する

施設として申請致します。

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

病院名称：

病院長氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印