No.

**第○○回　△△△研究会**

**日本専門医機構認定放射線科領域講習受講証明書**

　　　　　　　　　専門医番号：

所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

貴殿は日本専門医機構認定放射線科領域講習会を受講されたことを証明いたします。

（参加認定単位：○単位）

　　　　　　　　　　　期日：平成３０年○月○日（土）

　　　　　　　　　　　会場：△△病院　第1ホール

第○○回△△△研究会　当番世話人　□□□□