

第 63 回日本心臓病学会学術集会

研修医証明書

以下の参加者が当方の「研修医」であることを証明します。

参加者氏名		
勤務先		
勤務先 所在地	〒	
連絡先	TEL:	FAX:
卒業大学		西暦 年 3 月卒業

平成 年 月 日

基幹病院または研修先病院の院長（もしくは上長）による証明

(病院名) _____

(署名) _____ ㊟

※研修医は、国試合格後 2 年以内の研修医を対象といたします。

※証明書の提出（基幹病院または研修先病院の院長（もしくは上長）のサインまたは押印）により、参加費を無料といたします。

※当日参加登録を希望される方は、学術集会当日、受付にご提出ください。

※なお別途、研修医証明書をご提出いただければ、本証明書の提出は不要です。