Arrhythmia Boot Camp2023

研修医証明書

以下の参加者が研修医であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

年　　月　　日

基幹病院または研修先病院の所属長による証明

（病院名）

（署　 名） ㊞

※研修医は卒後2年まで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所属長の署名・押印）により参加費を無料といたします。