**Arrhythmia Boot Camp2024**

**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。**