

日本不整脈心電学会
第 14 回植込みデバイス関連冬季大会
研修医証明書

本人氏名	
所属施設名	
研修開始年月	
E-mail	
連絡先電話番号	

上記の者は研修医（卒後 1-2 年）の医師であることを証明する。

年 月 日

所属機関または研修先病院の所属長による証明

(病院名) _____

(署名) _____ (印)

※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（所属機関または研修先病院の所属長の署名・押印）により、非会員での発表
ならびに参加費を無料といたします。