

第 12 回植込みデバイス関連冬季大会  
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	

2020 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) \_\_\_\_\_ (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（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。

※本証明書を大会当日 受付にご提出ください（大会終了後の提出は参加費無料の適用外となります）。