

(様式 更 2-2)

## 学会認定不整脈専門医 在籍証明書

施設名： \_\_\_\_\_

氏 名      年齢      職名      専門医認定年または認定審査合格通知年      専門医番号（認定予定者は空欄）

例 整 太郎 54      医長      2014年      ○○○○○

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_

10 \_\_\_\_\_

上記の者は、当施設の職員に相違ありません。

20      年      月      日

施設長 \_\_\_\_\_ 公印