

(様式 新 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