

第 31 回日本心血管インターベンション治療学会 九州・沖縄地方会

(会期：2021 年 10 月 1 日 (金) ～ 2 日 (土) / 会場：北九州国際会議場および WEB)

研修医証明書

氏名	
所属施設名	
研修開始年月日	年 月 日

上記の者は本施設の研修医であることを証明する

年 月 日

所属長／研修指導責任者名： _____ 印

所属・役職： _____

本証明書を参加受付時に提出してください。本大会への参加費を免除いたします。
必ず所属長／研修指導責任者の署名・捺印を得てください