

第 29 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
(日時：2019 年 8 月 23 日 (金)・24 日 (土) / 会場：くまもと県民交流館パレア)

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。