

第 54 回日本心臓血管外科学会学術総会

## 後期研修医証明書

以下の参加者が当方の「研修医」であることを証明します。

参加者氏名	
勤務先	
所在地	〒
TEL	— —

2024 年 月 日

基幹病院または研修先病院の院長名

病院名	
院長名	

※必要事項をご記入の上、参加登録サイトにアップロードしてください。