

第 49 回日本救急医学会総会・学術集会

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 〒 _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

令和 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) _____

※研修医は、国家合格後 2 年以内の研修医を対象といたします。

※オンライン参加登録完了後、必要事項をご記入の上、下記 URL にアップロードしてください

<https://convention.app.box.com/f/1788d7bfd9ff47a0b3350ab37ae86152>