

第 46 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 :

---

平成 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。

※証明書の提出により参加費を 5,000 円といたします。

※必要事項をご記入の上、学術集会当日、受付にご提出ください。