

第 28 回日本心血管インターベンション治療学会学術集会; CVIT2019

会期：2019 年 9 月 19 日(木)～21 日(土)

会場：名古屋国際会議場

研修医証明書

氏 名 _____

所属施設名 _____

職 名 _____

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 _____

所属長あるいは部署責任者氏名 _____ (印)

*本用紙をご持参いただき、受付にご提出下さい。