

第 51 回日本肩関節学会学術集会・第 21 回日本肩の運動機能研究会
研修医 証明書

下記の参加者が、当方の研修医であることを証明します。

参加者 氏名：

主任教授または所属長 氏名：



勤務先（大学名）：

勤務先（大学）住所：（〒 - ）

電話番号：

E-mail（参加者）：

2024 年 月 日

※必要事項をご記入のうえ、下記にアップロードをお願いいたします。

<https://convention.app.box.com/f/9ee349a0b8b64cafbea93c3afec24c60>