第65回関西胸部外科学会学術集会

**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）：

2022年　　　　月　　　　日

※必要事項をご記入のうえ、下記URLにアップロードしてください。

<https://convention.app.box.com/f/ada39f6ee17c47c8931a8a94788f05b5>