

第 52 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、QR コードからアップロードしてください。

<https://convention.app.box.com/f/d2068993e06f4087a7f39ec909d356a1>

