**第53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⻑名

（病院名）

（院⻑名）

※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へアップロードしてください。

<https://convention.app.box.com/f/13e89a4625f846c18d2adb470afc4279>