第140回中部日本整形外科災害外科学会・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）：

2023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/5f96709e5e30464b88bec1d1f4386cb0](%20https://convention.app.box.com/f/5f96709e5e30464b88bec1d1f4386cb0)