

Complex Cardiovascular Therapeutics 2015

会期：2015年10月29日(木)～31日(土)

会場：神戸国際展示場、ポートピアホテル



研修医証明書

氏 名 _____

所属施設名 _____

職 名 _____

上記の者は当方にて卒後臨床研修中の医師であることを証明する。

年 月 日

所属施設名 _____

所属長あるいは部署責任者氏名 _____ ㊞

*本用紙をご持参いただき、受付にご提出下さい。