第19回日本血管腫血管奇形学会学術集会

第14回血管腫・血管奇形講習会

在籍証明書

**参加登録後に、下記の必要事項を全て記載済みの本証明書を**

**スキャンデータにて事務局までご提出ください。**

事務局：keisei@aichi-med-u.ac.jp

【初期研修医】　研修先所属長の署名・捺印済みの本証明書

※卒後 2 年目までの臨床研修医（またはレジデント）といたします。

【留　学　生】　研修先所属長の署名・捺印済みの本証明書

【コメディカル】所属長の署名・捺印済みの本証明書

【学　　　生】　所属長署名欄に学生証を載せてスキャンした本証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | □初期研修医 　　　　□留学生  □コメディカル 　　　□学生  いずれか該当区分にチェックをお付け下さい。 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| 連絡先住所 |  |
| 所属長署名 | 上記参加者は、当施設において  （□研修中 ・ □留学中）  であることを証明いたします。  所属長署名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |