年　　　月　　　日

第36回日本心血管インターベンション治療学会　九州・沖縄地方会

大会長

下村　英紀　殿

証明書

○○○○は、卒後2年以内の当院の前期研修医であることを証明いたします。

したがって、第36回日本心血管インターベンション治療学会　九州・沖縄地方会

参加費を無料としていただくよう、お願いいたします。

〇〇〇〇病院循環器内科部長

〇〇〇〇

直筆署名