

第 53 回日本肩関節学会学術集会・第 23 回日本肩の運動機能研究会

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： _____ ⑩ _____

勤務先（大学）住所：（〒 _____ ー _____ ）

電話番号： _____

E-mail（参加者）： _____

2026 年 月 日

※必要事項をご記入のうえ、参加登録時にアップロードをお願いいたします。