様式1

呼吸器外科胸腔鏡教育セミナー受講申し込み

　　　年　　月　　日

**ドライラボ受講証明書**

以下の者は呼吸器外科胸腔鏡教育セミナーを受講するに値するドライラボを受講したことを証明する．

氏名 ：

所属施設 ：

セミナー名称：

受講日 ：　　　　　　　年　　月　　　日

開催場所 ：

専門研修カリキュラム統括責任者氏名（署名）：

専門研修基幹施設：

（提出先：日本呼吸器外科学会）