様式2

呼吸器外科胸腔鏡教育セミナー受講申し込み

　　　年　　月　　日

**胸腔鏡下手術の臨床経験証明書**

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胸腔鏡下手術の臨床経験を有することを証明する．

氏名 ：

所属施設 ：

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）