

第61回日本糖尿病学会関東甲信越地方会

初期研修医証明書

	フリガナ
氏名	
生年月日	
所属施設	
所属連絡先	TEL : E-mail :
上記の者が当施設に籍を置き、初期研修医であることを証明いたします。 年 月 日	
《研修指導責任者》	
氏名 ※自署	
所属	

\* ご記入の上、オンライン参加登録の際にアップロードしてください。

\* 本証明書の提出がない場合は、会員あるいは非会員の「医師・一般」での登録となりますので  
ご注意ください。

\* 本証明書の提出により参加費のみ免除となります。