

第62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・部署名 | |
| 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（アップロード）がない場合は、**会員または非会員の「医師・企業一般」区分を選択いただいで登録**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。