

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。