

第59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	

* 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、「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は免除となりますが、プログラム抄録集をご希望の場合は、別途、ご購入ください。