

第63回日本糖尿病学会関東甲信越地方会

研修医（初期研修医）証明書

	フリガナ
氏名	
卒業年度	
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、研修医（初期研修医）であることを証明いたします。 <div>年 月 日</div>	
《研修指導責任者》	
氏名 ※自署	
所属	

- * この証明書は**研修医（初期研修医）**用となり、**専攻医（後期研修医）**の方は**免除対象外**となります。
- * 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」区分を選択いただきます。参加費免除の対象外となります**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。