

## 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。

年      月      日

#### «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。