



第60回日本糖尿病学会年次学術集会

The 60th Annual Meeting of the Japan Diabetes Society

【送付先】

FAX: 03-5549-4623

reg-60jds@convention.co.jp

初期研修医 証明書

参加申込番号: R _____

氏名: _____

卒業大学: _____

卒業年度: _____

研修施設名: _____

上記の者が、当施設に籍を置く

＜初期研修医＞であることを証明する。

年 月 日

研修指導責任者

氏名: _____ 印

役職: _____