

【送付先】
第 54 回糖尿病学の進歩
参加登録事務局

54shimpo-receptiondesk@reg-convention.com

初期研修医 証明書

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： _____