第56回日本糖尿病学会年次学術集会

【送付先】
FAX：03-5283-5952
jds56reg@convention.co.jp

初期研修医　証明書

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：