



The 54th Kyushu Regional Meeting of the Japan Diabetes Society

14th-15th October 2016 in Kagoshima

第54回日本糖尿病学会九州地方会

研修医証明書

氏名	(ふりがな)
研修施設名	
卒業大学	
卒業年度	
研修先住所	〒
TEL	
E-mail	

上記の者が当施設に籍を置き、卒後5年目までの研修医である事をここに証する

2016年 月 日

【研修指導責任者(指導医)】

所属: _____

氏名: _____ (印)

※研修医の方は、研修医証明書(指導責任者の押印必須)の提出により、研修医カテゴリーの参加費(5,000円)にて本会へご参加いただけます。学会当日、本証明書を受付まで必ずご提出くださいますようお願い申し上げます。受付時に回収いたしますので、必要な場合は事前にコピーをおとりください。

----- 事務局使用欄 -----

No.	受付日	カテゴリー	備考