第 60 回日本成人病（生活習慣病）学会学術集会

初期研修医　身分証明書

下記の参加者が初期研修医であることを証明します。

参加者氏名：

所属長（責任者）氏名：　　㊞

勤務先：

勤務先住所：（〒　　-　　）

電話番号：

FAX 番号：

【お問い合わせ先】

第 60 回日本成人病（生活習慣病）学会学術集会　運営事務局
株式会社サンプラネット
E-mail：jsad60@sunpla-mcv.com