**「第17回日本先進糖尿病治療研究会」**

**参加無料申請書**

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

【送付先】第17回日本先進糖尿病治療研究会事務局

FAX：03-5549-3201

申請日：平成29年　　月　　日（　　）

**①医療系学生の方**

|  |
| --- |
| **□　学部学生　　　　　□　大学院生** |
| **ふ　り　が　な** |
| **氏　　　名：** |
| **大学・学部名：** |

※本用紙と一緒に、必ず学生証のコピーをご提出ください。

**２初期研修医の方**

|  |
| --- |
| **ふ　り　が　な** |
| **氏　　名：** |
| **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：　 ㊞**  **所属：**  **役職：** |

【運営事務局使用欄】

|  |  |
| --- | --- |
| No. | 備考 |
|  |  |