**第47回日本女性栄養・代謝学会学術集会**

**在籍証明書**

氏　　名：

所　　属：

生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

上記の者が当施設に籍を置き、

初期臨床研修医　・　大学院生　・　その他（　　　　　　　　　　）

※該当するものを○で囲んでください

であることを証明する

　　　　　年　　　月　　　日

所属長または指導医 肩書：

所属長または指導医 氏名：　　　　　　　　　　　　　印

※押印またはサインをお願いします