

**第34回日本肥満症治療学会学術集会  
初期研修医証明書**

下記に必要事項を記入し、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、ご提出ください。

**※当日受付へご提出ください。**

日本肥満症治療学会     会員     非会員

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

上記の者は、当施設における、初期研修医であることを証明する。

平成    年    月    日

主任教授または所属長

氏名 \_\_\_\_\_ 印

**【登録者記入欄】**

|        |  |
|--------|--|
| 電話番号   |  |
| FAX 番号 |  |
| E-mail |  |

**【お問合せ先】**

第 34 回日本肥満症治療学会学術集会 運営事務局  
〒102-0075 東京都千代田区三番町 2  
株式会社 コンベンションリンクージ内  
TEL : 03-3263-8688 / FAX : 03-3263-8693  
E-mail : jsto34@c-linkage.co.jp