

学会出席・発表

氏名 _____ 印 _____ 会員番号 _____

学術集会・学術講演会・学会名： 開催地： 開催年月日 筆頭演者： <input type="checkbox"/> はい（演題名： 日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会：はい（ 単位）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
学術集会・学術講演会・学会名： 開催地： 開催年月日 筆頭演者： <input type="checkbox"/> はい（演題名： 日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会：はい（ 単位）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
学術集会・学術講演会・学会名： 開催地： 開催年月日 筆頭演者： <input type="checkbox"/> はい（演題名： 日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会：はい（ 単位）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
学術集会・学術講演会・学会名： 開催地： 開催年月日 筆頭演者： <input type="checkbox"/> はい（演題名： 日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会：はい（ 単位）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ
学術集会・学術講演会・学会名： 開催地： 開催年月日 筆頭演者： <input type="checkbox"/> はい（演題名： 日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会：はい（ 単位）	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ

研修出席証明シールの発行された会では□にシールを貼付して下さい。