

※必要事項をご記入の上、学会当日、受付にご提出ください。

第 130 回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会

初期研修医 身分証明書

下記の参加者が当方の「初期研修医」であることを証明します。

参加者氏名： _____

主任教授又は
所属長氏名： _____ (印)

勤務先： _____

勤務先 〒
所在地： _____

電話番号： _____ (内線)

FAX 番号： _____

【お問合せ先】

第 130 回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会 運営事務局

〒810-0001 福岡市中央区天神 4-4-30 天神西江ビル 6 階

TEL：092-401-5756 FAX：050-3488-2692

E-mail：contact@130chubuseisai.com