

※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 131 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 131 回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会 運営事務

局 株式会社日本旅行 コンベンショングループ

〒700-0023 岡山県岡山市北区駅前町 2-1-7

JR西日本岡山支社ビル1F

TEL:086-259-5578 FAX:086-250-7682

E-mail:131chubu@wjcs.jp