

※必要事項をご記入のうえ、学会当日、参加受付までご提出ください。

第45回日本肩関節学会

研修医身分証明書

下記の参加者が当方の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：

㊞

勤務先：

勤務先住所：〒

電話番号：

(内線)

FAX番号：

【お問い合わせ】

第45回日本肩関節学会 運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社

〒541-0042 大阪市中央区今橋4丁目4番7号 京阪神淀屋橋ビル 2F

TEL：06-6221-5933 FAX：06-6221-5938

E-mail：45jss@convention.co.jp