

※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 132 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：

㊟

---

勤務先：

---

勤務先 〒  
所在地：

---

電話番号： (内線)

---

FAX 番号：

---

【お問合せ先】

第 132 回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会 運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社 中部支社

〒460-0008 名古屋市中区栄 2-10-19 名古屋商工会議所ビル 6F

TEL:052-218-5822 FAX:052-218-5823

E-mail:chubu-seisai132@convention.co.jp