

※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 126 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 126 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 オフィス・テイクワン

〒451-0075 名古屋市西区康生通 2-26

Tel:052-508-8510 Fax:052-508-8540

E-mail:chubu-seisai126@cs-oto.com