

※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 129 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 129 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-seisai129@cs-oto.com