

第42回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会
臨床研修医・学部学生 身分証明書

※以下の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。
※臨床研修医もしくは学部学生のいずれかの口にチェックを入れてください。

下記の者は、当方の 臨床研修医 学部学生 であることを証明します。

参加者氏名 _____

主任教授または所属長氏名

_____ (印)

勤務先: _____

勤務先住所: 〒 _____

電話番号: _____ (内線) _____

FAX 番号: _____

【お問合せ】

第42回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学術集会運営事務局

〒468-0063 名古屋市天白区音聞山1013 有限会社ヒズ・ブレイン内

TEL : 052-836-3511 FAX : 052-836-3510 E-mail. joa-tumor42@his-brain.co.jp