第36回日本リウマチ学会　中部支部学術集会

初期研修医 身分証明書

下記の参加者が当方の初期臨床研修医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 | ㊞ |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX 番号 |  |

学会当日に本証明書を参加受付までご持参ください。

【お問い合わせ先】

第36回日本リウマチ学会　中部支部学術集会　運営事務局

株式会社ネクステージ

〒920-0059　金沢市示野町南45番地

E-mail：ccra36@nex-tage.com