

第 27 回日本運動器科学会
初期臨床研修医身分証明書

(ふりがな) 参加者氏名	
所属先	
所属先 所在地	〒

上記の参加者が当施設の初期臨床研修医であることを証明します。

平成 年 月 日

(所属先) _____

(主任教授または所属長氏名) _____ 印

(連絡先) TEL : _____ FAX : _____

※責任者の署名・捺印がない申請書は無効といたします。

※必要事項をご記入の上、学会当日、参加受付までご提出ください。

第 27 回日本運動器科学会 運営事務局
〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200
TEL:0985-85-0986 FAX: 0985-84-2931
E-mail: 27undoki@med.miyazaki-u.ac.jp