

必要事項をご記入の上、参加登録システムへアップロードください。

第 31 回日本リウマチ学会近畿支部学術集会

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： _____ ⑩

勤務先： _____

勤務先住所：(〒 -)

電話番号： _____

FAX 番号： _____

【お問い合わせ先】

第 31 回日本リウマチ学会近畿支部学術集会 参加登録事務局
〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4 番 8 号 日栄ビル 703A

あゆみコーポレーション内

(月～金 9:00～17:30、土日祝日を除く)

TEL. 06-6131-6605 FAX.06-6441-2055

Mail: kra2022@a-youme.jp