

第129回日本小児科学会学術集会
会頭 長谷川 俊史 先生

参加費免除申請書

(ふりがな)
氏 名:

所属・卒業大学:

学年・卒業年度:

所属施設名:

上記参加者が当施設の

- 学生
- 臨床研修医
- 留学生

であることを証明します。

これにより、第129回日本小児科学会学術集会参加にあたる参加費を免除頂くよう申請いたします。

年 月 日

研修指導責任者:(署名)

印

役 職:

連絡先:(TEL)

(FAX)

※責任者の署名・捺印がない申請書は無効となります。

学術集会事務局控欄

登録日:

登録カテゴリ:

参加証No:

備考:

取扱者サイン: