※必要事項をご記入のうえ、参加登録サポートデスクへメールにてご提出ください。

**第135回中部日本整形外科災害外科学会・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：

勤務先

勤務先

所在地：〒

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線）

FAX番号：

【お問合せ先】

第135回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会

日本コンベンションサービス 関西支社

〒541-0042 大阪市中央区今橋4-4-7京阪神淀屋橋ビル2F

TEL：06-6221-5933　FAX：06-6221-5939

E-mail：chubu-seisai135@convention.co.jp