

必要事項をご記入の上、証明書受付サイトよりアップロードまたは当日参加受付へご提出下さい。

第 16 回日本運動器疼痛学会 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：

所属長または

主任教授氏名：

⑩

勤務先：

〒
勤務先住所：

電話番号：

(内線)

<お問い合わせ先>

第 16 回日本運動器疼痛学会 運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社 神戸支社内

〒650-0046 神戸市中央区港島中町 6-9-1 神戸国際交流会館 6 階

TEL : 078-303-1101 (平日 9:30~17:30) FAX : 078-303-3760

E-mail : jamp16@convention.co.jp