※必要事項をご記入のうえ、学会当日に参加受付までご提出ください。

**第39回日本整形外科学会基礎学術集会**

**初期臨床研修医および学部学生 身分証明書**

※初期臨床研修医もしくは学部学生のいずれかの☐にチェックを入れてください。

□　初期臨床研修医（　　　　　　　　　　年度卒）

□　学部学生

下記の参加者が当方の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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：

㊞

勤務先（学校名）：

勤務先（学校）住所：〒

電話番号：

【お問合せ】

第39回日本整形外科学会基礎学術集会　運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社

〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-2

大同生命霞が関ビル14階

E-Mail：joakiso2024@convention.co.jp