**第53回日本脊椎脊髄病学会学術集会**

**□ 初期臨床研修医**

**身分証明書**

**□ 医学部学生**

下記の参加者が当方の初期臨床研修医・医学部学生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　：

勤務先住所　：　（〒 - ）

電話番号　：

FAX番号　：

【お問い合わせ先】

第53回日本脊椎脊髄病学会学術集会 運営準備室

日本コンベンションサービス株式会社　内

〒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: jssr2024@convention.co.jp