

第 14 回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術集会
会 長 宇谷 厚志 様

第 14 回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術集会
参加費免除申請書

(ふりがな) 参加者氏名	
所属先	
所属先 所在地	〒

下記該当するものにチェックを入れて下さい。

- ・新研修医制度における初期研修医
- ・非MDの大学院生
- ・学部学生
(医学部、薬学部、看護学部、理学療法、作業療法等専門学校学生を含む)
- ・留学生

であることを証明いたします。これにより、第 14 回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術集会参加にあたって、参加費を免除いただくよう申請いたします。

平成 年 月 日

責任者（所属長）による証明

(所属先) _____

(署名) _____ 印

(連絡先) TEL : _____ FAX : _____

※責任者の署名・捺印がない申請書は無効といたします。