

第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 登録区分証明書

初期研修医・学生のカテゴリーで参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入のうえ、主任教授もしくは所属長の署名、捺印をもらい、当日受付へご提出ください。

初期研修医

学生

※該当する区分をチェックしてください。

参加者氏名：

所属名：

上記の者は、当施設における（初期研修医・学生）であることを証明します。

※該当する区分を○で囲ってください。

年 月 日

主任教授又は所属長氏名：

Ⓜ

参加者通信欄

所属先住所	(〒)
電話番号	
FAX 番号	
Email アドレス	

【お問合せ】

第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 運営事務局

株式会社コングレ内

〒102-8481 東京都千代田区麴町 5-1 弘済会館ビル 6階

TEL: 03-5216-5318 FAX: 03-5216-5552

E-mail: joskas2015@congre.co.jp