

必要事項をご記入の上、オンライン参加登録システムよりご提出ください

日本泌尿器科学会
第 89 回 東部総会
メディカルスタッフ 身分証明書

下記の参加者が当方のメディカルスタッフ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 : _____ (印)

勤務先 : _____

勤務先住所 : (〒 -)

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

【お問い合わせ先】

第89回日本泌尿器科学会東部総会運営事務局 運営事務局

E-mail: ejua2024@congre.co.jp

必要事項をご記入の上、オンライン参加登録システムよりご提出ください

日本泌尿器科学会
第 89 回 東部総会
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 : _____

主任教授又は所属長氏名 : _____ (印)

勤務先 : _____

勤務先住所 : (〒 -)

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

【お問い合わせ先】

第89回日本泌尿器科学会東部総会運営事務局 運営事務局

E-mail: ejua2024@congre.co.jp