

第 42 回日本整形外科スポーツ医学会学術集会

初期臨床研修医・学生 証明書

下記の参加者が当方の初期臨床研修医・学生であることを証明します。

初期臨床研修医 _____ 年度卒

※初期研修医の方はご記入ください。

参加者氏名：

主任教授または所属長氏名：

_____ (印)

勤務先（大学名）：

勤務（大学）先住所：(〒 _____ ー _____)

電話番号：

FAX 番号：

【お問合せ先】

第 42 回日本整形外科スポーツ医学会学術集会 運営事務局
株式会社 コングレ 北海道支社内
〒060-0005 札幌市中央区北 5 条西 5-2-12 住友生命札幌ビル
TEL: 011-233-0005 FAX: 011-233-0035
E-MAIL: jossm2016@congre.co.jp