必要事項をご記入・上長印を押印のうえ、

メール添付にてE-mail：jsbs37@congre.co.jpへご提出ください

**第37回日本頭蓋底外科学会**

**初期研修医　・　留学生　身分証明書**

下記の参加者が当方の（　□初期研修医 ・　□留学生　）であることを証明します。

※該当する方に☑をしてください。

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37回日本頭蓋底外科学会　運営事務局

株式会社コングレ九州支社内

〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-17-11F

TEL：092-718-3531（平日9:30-17:30）

E-mail：jsbs37@congre.co.jp