演題登録後、演題登録期間中に運営事務局（wjsot145@congre.co.jp）までご提出ください

**第145回西日本・整形災害外科学会**

**初期臨床研修医 身分証明書**

下記の参加者が当方の初期臨床研修医（　　　　 　 年度卒）であることを証明します。

参加者氏名

所属長または主任教授氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

勤務先住所

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線）

演題登録番号

指導医名

【お問合せ】

第145回西日本整形・災害外科学会学術集会 運営事務局

株式会社コングレ九州支社

〒810-0001　福岡市中央区天神1-9-17-11F

E-Mail：wjsot145@congre.co.jp