

必要事項をご記入の上、参加登録システムへアップロードください。

第 30 回日本リウマチ学会近畿支部学術集会

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：

㊟

勤務先：

勤務先住所：(〒 -)

電話番号：

FAX 番号：

【お問い合わせ先】

第 30 回日本リウマチ学会近畿支部学術集会 参加登録事務局

〒604-8162 京都府京都市中京区烏丸通六角下ル七観音町 634

株式会社コンベンションリンクージ内

(月～金 9:30～17:00、土日祝日を除く)

TEL: 075-231-6357 FAX: 075-231-6354

E-mail: kra2021@c-linkage.co.jp