

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

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：



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