

必要事項をご記入の上、学会当日に参加受付までご提出ください

第 63 回日本リウマチ学会総会・学術集会 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：

⑩

勤務先：

勤務先住所：（〒 - ）

電話番号：

FAX 番号：

【お問い合わせ先】

第 63 回日本リウマチ学会総会・学術集会 サポート準備室

株式会社コングレ

〒102-8481 東京都千代田区麴町 5-1 弘済会館ビル

TEL：03-5216-5318 FAX：03-5216-5552

E-mail：jcr2019-reg@congre.co.jp