

必要事項をご記入の上、証明書をアップロードして下さい。

## 第36回日本四肢再建・創外固定学会学術集会 初期研修医および学生 身分証明書

※初期研修医もしくは学生のいずれかの□にチェックを入れてください。

下記の参加者が当方の  初期研修医 ( ) 年度卒)  
 学部学生 ( ) 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 (学校名) : \_\_\_\_\_

勤務先 (学校) 住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ (内線)

### 【お問合せ先】

第36回日本四肢再建・創外固定学会学術集会 参加登録事務局  
脳神経疾患研究所附属総合南東北病院外傷センター内  
〒963-8563  
福島県郡山市八山田7-115  
E-mail: jalref2023@mt.strins.or.jp