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： 　 ㊞

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