

第 10 回日本アミロイドーシス学会学術集会 初期臨床研修医 身分証明書

下記の参加者が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：

印

勤務先：

勤務先住所：(〒 -)

電話番号：

FAX 番号：

【お問い合わせ先】

第 10 回日本アミロイドーシス学会学術集会 運営事務局

株式会社キョードープラス

〒701-0205 岡山市南区妹尾 2346-1

TEL：086-250-7681 / FAX：086-250-7682

E-mail：jsa10@kwcs.jp