

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 31 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： _____ ⑩

勤務先： _____

勤務先住所：(〒 -)

電話番号： _____

FAX 番号： _____

【お問い合わせ先】

第 31 回日本リウマチ学会近畿支部学術集会 参加登録事務局
〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4 番 8 号 日栄ビル 703A

あゆみコーポレーション内

(月～金 9:00～17:30、土日祝日を除く)

TEL. 06-6131-6605 FAX.06-6441-2055

Mail: kra2022@a-youme.jp