

第 19 回日本組織移植学会総会・学術集会

会長 占部 憲 宛

研修医 証明書 (参加費免除申請書)

ふりがな	
氏 名	
所属施設名	
連 絡 先	TEL : FAX : E-mail :

上記の者は当施設の研修医であることを証明します。

	2021 年 月 日
研修施設・大学責任者 氏名	印
施設・大学名	
役職	

※必ず所属施設または大学責任者の署名・捺印(サインでも可)を得てください。

(指導医的な立場の方でも可)

※署名・捺印がない申請書は無効となります。

■提出先

第 19 回日本組織移植学会総会・学術集会 運営事務局

株式会社西日本企画サービス 事業部

E-mail : jstt19@nksnet.co.jp