

参加資格証明書

第35回日本リウマチ学会近畿支部学術集会

会 長 武内 徹 殿

メディカルスタッフ / 大学院生 / 専攻医 / 医学部学生 / 初期臨床研修医 /
(※いずれかに○をつけてください)

であることを証明します。

2026年 月 日

氏 名:

ヨミガナ:

生年月日:(西暦)

所属名:

(〒 ー)

所属先住所:

在籍期間:

上長名:
