

必要事項をご記入の上、参加登録の際にアップロードしてください。

第 67 回日本リウマチ学会総会・学術集会 メディカルスタッフ 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： _____ 職種： _____

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 67 回日本リウマチ学会総会・学術集会 サポート準備室

株式会社コングレ

〒103-8276 東京都中央区日本橋 3-10-5 オンワードパークビルディング

TEL：03-3510-3701 FAX：03-3510-3702

E-mail：jcr2023-reg@congre.co.jp