必要事項をご記入の上、運営事務局 jsss29@c-work.co.jp までご提出ください。

**第29回日本シェーグレン症候群学会学術集会**

*参加者について以下の通り証明します。*

区分：　　メディカルスタッフ ・ 医学部生 ・ 初期臨床研修医 ・ 大学院生

※区分の該当項目を〇印でお選びください。

参加者氏名：

主任教授又は所属長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

勤務先

勤務先住所: （〒　　　 　　-　　　 　　　）

電話番号：

FAX番号：

【お問い合わせ先】

第29回日本シェーグレン症候群学会学術集会運営事務局

〒003-0809　札幌市白石区菊水9条3丁目1-17

株式会社コンベンションワークス内

TEL：011-827-7799

FAX：011-827-7769

E-mail：jsss29@c-work.co.jp