第33回臨床内分泌代謝Update

会長　堀川　玲子　先生

**参加費免除申請書**

(ふりがな)

氏　　名：

所属・卒業大学：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年・卒業年度：

所属施設名：

上記参加者が当施設の　　学生　　であることを証明します。

これにより、第33回臨床内分泌代謝Update参加にあたる参加費を免除頂くよう申請いたします。

　年　　月　　日

指導責任者：(署名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

役職：

連絡先：(ＴＥＬ)　　　　　　　　　　　　　　(ＦＡＸ)

※責任者の署名・捺印がない申請書は無効となります。

学術集会事務局控欄

**登録日：**

**参加証No：**

**備考：**