

※必要事項をご記入のうえ、参加登録後に届く自動返信メールに記載のアップロード先まで提出してください。

第50回日本臨床バイオメカニクス学会  
学生・大学院生(医師以外)身分証明書

※学生・大学院生のいずれかの□にチェックを入れてください。

下記の参加者が当方の  学生  大学院生 であることを証明します。

参加者氏名：

Ⓔ

---

所属長または主任教授氏名：

---

勤務先(学校名)：

---

勤務先(学校)住所：〒

---

電話番号： (内線)

---

【問合せ先】

第50回日本臨床バイオメカニクス学会 運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社 神戸支社

E-mail: jscb2023@convention.co.jp

TEL: 078-303-1101 《平日9:30~17:30、土日祝日休業》