第34回近畿小児科学会

会長　大薗　恵一　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34回近畿小児科学会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：**