年　　月　　日

第　　回日本消化器病学会東海支部例会

会長　　殿

第　　回日本消化器病学会東海支部例会

参加費免除申請書

ふりがな	
参加者氏名	
参加者所属	

下記の者が当施設のであることを証明します。（いずれかに✓を付けてください）

□	メディカルスタッフ等
□	初期研修医
□	非医師の大学院生
□	医学部生

この者の第　　回日本消化器病学会東海支部例会への参加に際しては、参加費をご免除いただきますようお願い申し上げます。

■責任者（所属長または所属施設の日本消化器病学会会員）

責任者氏名 （自署）	
責任者所属	

※責任者の署名のない申請書は無効といたします。