年　　月　　日

第12回日本血液学会東海地方会

会長　高橋義行　殿

**第12回日本血液学会東海地方会**

**参加費免除申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　名： |  |
| 所属先： |  |

上記の者が当施設の

□新研修医制度における初期研修医

□非医師の大学院生

□学部学生

左記該当するものにチェックを入れてください。

□留学生

であることを証明します。この者の第12回日本血液学会東海地方会参加に際しましては、

参加費をご免除頂けましたら幸いです。

責任者（所属長または所属施設の日本血液学会会員）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名： | 印　 |
| 所属先： |  |
| Eメール： |  |
| FAX番号： |  |

**※責任者の署名・捺印がない申請書は無効といたします。**