

所属

氏名



参加証明証

No.001

貴殿は第29回日本脳性麻痺の外科研究会
に参加されましたことを証明いたします。

2012年10月20日(土)

第29回 日本脳性麻痺の外科研究会
世話人 小島 洋文



〒387-0022 長野県千曲市野高場1835-9
稲荷山医療福祉センター

参加費領収証

No.001

金 2,000円也

第29回日本脳性麻痺の外科研究会参加費として
上記金額を領収いたしました。

2012年10月20日(土)

第29回 日本脳性麻痺の外科研究会
世話人 小島 洋文



〒387-0022 長野県千曲市野高場1835-9
稲荷山医療福祉センター