

所属

---

氏名

---

## 参加証明書

貴殿が日本プライマリ・ケア連合学会第18回九州支部総会・学術大会に参加したことを証明します。

会期：2024年1月20日(土)・21日(日)

会場：宮崎県医師会館およびWeb会場

日本プライマリ・ケア連合学会  
第18回九州支部総会・学術大会

大会長 吉村



## 領収書

- |                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 医師・歯科医師・薬剤師 | 5,000円 |
| <input type="checkbox"/> その他の医療職     | 3,000円 |
| <input type="checkbox"/> 非医療職        | 1,000円 |
| <input type="checkbox"/> 研修医・学生      | 無料     |

学会参加費として領収致しました。

2024年1月20日(土)・21日(日)

日本プライマリ・ケア連合学会  
第18回九州支部総会・学術大会

大会長 吉村

