

第 36 回日本神経治療学会学術集会

メディカルスタッフ 証明書

氏 名： _____

所 属： _____

職 種： _____

上記の者が、当施設に籍を置く、〈メディカルスタッフ〉であることを証明する。

平成 年 月 日

所属長

ご署名： _____ (印)

役 職： _____

※必要事項をご記入の上、当日参加受付窓口にご提出ください。

※あわせて、必ず本人証明のできる書類（身分証明書等）をご提示ください。

本人証明書類のご提示を頂けない場合は、一般の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。