

For on-site (English ver.)

The 15th Japan-Korea Congress of Plastic and Reconstructive Surgery

## Registration classification certificate

### Resident

Fill in the required items on Registrant field and Registration classification certificate column.  
Be sure to submit it to the registration reception on the day.

Registrant field		
Name		
Affiliation		
TEL		FAX
E-mail		

### Registration classification certificate column

【Signature of supervising professor or head of Department】

This is to confirm the above-mentioned person is working as \_\_\_\_\_ in this facility.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Name of supervising professor or head of Dep. :

Signature

### 【Handling personal information】

The personal information collected at the time of registration will not be used for any purpose other than preparing the association for operation.

We take necessary security measures and strictly manage registered personal information.

[ contact information ]

Secretariat of the 15th Japan-Korea Congress of Plastic and Reconstructive Surgery  
c/o Convention Linkage, Inc.

TEL: +81-92-437-4188 FAX: +81-92-437-4182 E-mail: 15jkprs@c-linkage.co.jp

第15回日韓形成外科学会

登録区分証明書

レジデント（初期・後期臨床研修医）

以下の太枠内に、登録記入者欄および登録区分署名欄に必要事項をご記入の上、事前参加登録システムにてアップロード、または当日参加登録受付時にご持参ください。

登録者記入欄		
参加者氏名		
フリガナ		
ご所属		
TEL	FAX	
E-mail		

登録区分証明欄

【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】

上記の者は、当施設における、\_\_\_\_\_であることを証明する。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

主任教授または所属長 氏名 \_\_\_\_\_ 印

[個人情報の取り扱いについて]

本会の参加登録の際にお預かりいたしました内容は、本会運営準備に関する目的以外での使用はいたしません。また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

お問い合わせ先：第15回日韓形成外科学会 運営事務局

株式会社コンベンションリンケージ

TEL : 092-437-4188 FAX : 092-437-4182 E-mail : 15jkprs@c-linkage.co.jp