

# 第 41 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。

年 月 日

所属長

ご署名： \_\_\_\_\_ (印)

役 職： \_\_\_\_\_

※必要事項をご記入の上、所定の証明書アップロードサイトにアップロードしてください。または、会場受付にご持参ください。

本人証明書類のご提出を頂けない場合は、医師の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。