

## メディカルスタッフ証明書

第 59 回日本神経学会学術大会

大会長 佐々木 秀直 殿

下記の者は、当院のメディカルスタッフであることを証明します。

氏 名 : \_\_\_\_\_

職 種 : \_\_\_\_\_

お手数ですが、職種まで必ず記載をお願いいたします。

2018 年 月 日

住 所 : 〒

所 属 名 :

責任者署名 : \_\_\_\_\_ (印)

※所属部科長に署名・捺印をいただいでください。

※本証明書は学会当日、受付窓口にご提出ください。

## メディカルスタッフ証明書

第 59回日本神経学会学術大会

大会長 佐々木 秀直 殿

下記の者は、メディカルスタッフであることを証明します。

氏 名 : \_\_\_\_\_

職 種 : \_\_\_\_\_

お手数ですが、職種まで必ず記載をお願いいたします。

2018 年 月 日

住 所 : 〒

所 属 名 :

責任者署名 (自筆) :

日本神経学会会員番号 :

※責任者 (日本神経学会会員) に署名をいただいでください。

※本証明書は学会当日、受付窓口にご提出ください。