

メディカルスタッフ証明書

第 60 回日本神経学会学術大
会大会長 楠 進 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。

2019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 60回日本神経学会学術大
会大会長 楠 進 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。

2019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。