

第42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。

2024年 月 日

所属長

ご署名 : \_\_\_\_\_ (印)

役 職 : \_\_\_\_\_

※必要事項をご記入の上、参加登録の際にアップロードしてください。

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。