

**第22回日本臨床脳神経外科学会
登録区分証明書(所属長証明書)**

第22回日本臨床脳神経外科学会 参加登録デスク 宛
FAX : 06-4964-8804 E-mail : 22jansc-reg@jtbcom.co.jp

学部学生(卒後初期研修医、外国人留学生、医療系の学生)の категорияで参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、当日会場受付にてご提出ください。

| | | | |
|---------------|--|-------|--|
| 登録者記入欄 | | | |
| フリガナ 参加者氏名 | | | |
| 所属(勤務先) | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| E-mail | | | |

| | |
|---|--|
| 登録区分証明 | |
| <p>【所属長の署名・捺印欄】</p> <p>上記の者は、当施設における、_____であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">主任教授または所属長 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">_____</p> | |

【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は使用いたしません。
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。

〈お問合せ先〉 第22回日本臨床脳神経外科学会 参加登録デスク
株式会社JTBコミュニケーションデザイン ミーティング&コンベンション事業部内
TEL:06-4964-8869 FAX:06-4964-8804 Email:22jansc-reg@jtbcom.co.jp

〈事務局使用欄〉

| | | | |
|-----|--|------|--|
| 受付日 | | 受付番号 | |
|-----|--|------|--|