

第 13 回日本ロボット外科学会学術集会 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。

令和 年 月 日

所属長

ご署名： _____ ㊟

役 職： _____

※参加登録後、必要事項をご記入のうえ

運営事務局(j-robo13@congre.co.jp)までメール添付にてお送りください。