

# 第 14 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： \_\_\_\_\_ ④

役 職： \_\_\_\_\_

※参加登録後、必要事項をご記入のうえ

運営事務局( [j-robo14@congre.co.jp](mailto:j-robo14@congre.co.jp) )までメール添付にてお送りください。