第35回日本末梢神経学会学術集会

初期研修医　在籍証明書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 所属・部署名 |  |
| 電話番号 |  |
| 所属長署名 | 上記参加者は当施設において、初期研修医であることを  証明いたします。  所属長署名（自筆）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

参加登録後、本証明書を運営事務局まで送付してください。

＜運営事務局＞

Email：　jpns2024@congre.co.jp

Fax: 092-718-3531