**第36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。

平成　　年　　月　　日

所属長

ご署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

役職：

※必要事項をご記入の上、当日参加受付窓口にご提出ください。

※あわせて、必ず本人証明のできる書類（身分証明書等）をご提示ください。

本人証明書類のご提示を頂けない場合は、一般の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。