

第 24 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 24 回日本臨床脳神経外科学会 参加登録デスク 宛

Tel:098-861-4040 Fax:098-869-3424 Email: jansc24@jbn.jtb.jp

学部学生 (卒後初期研修医、外国人留学生、医療系の学生) のカテゴリー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	F A X 番号	
Email		

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>年 月 日</p> <p>主任教授または所属長</p> <p>氏名 印</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。

<お問い合わせ先> 第 24 回日本臨床脳神経外科学会 参加登録デスク

株式会社 JTB 沖縄 旅行営業部内

Tel:098-861-4040 Fax:098-869-3424 Email: jansc24@jbn.jtb.jp

<事務局使用欄>

受付日		受付番号	
-----	--	------	--