**第39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。

令和　　年　　月　　日

所属長

ご署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

役職：

※必要事項をご記入の上、所定の証明書アップロードサイトにアップロードして

ください。

本人証明書類のご提出を頂けない場合は、医師の参加区分が適用されます。

予めご了承ください。