

※必要事項をご記入のうえ、参加登録時にご提出ください。

## STROKE2026

### 初期臨床研修医および学部学生 身分証明書

※初期臨床研修医もしくは学部学生のいずれかの□にチェックを入れてください。

下記の参加者が当方の  初期臨床研修医( 年度卒)  学部学生 であることを証明します。

参加者氏名 :

所属長または主任教授氏名 :

(印)

勤務先(学校名) :

勤務先(学校)住所 : 〒

電話番号 :

#### 【お問合せ】

STROKE2026 運営準備室

日本コンベンションサービス株式会社

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 1-4-2

大同生命霞が関ビル 14 階

E-Mail : stroke2026@convention.co.jp