第61回日本人工臓器学会大会

メディカルスタッフ証明書

以下の参加者がメディカルスタッフであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 職種 |  |
| 勤務先住所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

年　　月　　日

主任教授又は所属長氏名による証明

（病院名）

（署　 名） ㊞

※職員証の提示、または本証明書の提出（主任教授又は所属長氏名の署名・押印）により参加費を「メディカルスタッフ」の区分といたします。