日本臨床神経生理学会主催

第11回術中脳脊髄モニタリングセミナー

証明書

日本臨床神経生理学会

術中脳脊髄モニタリングセミナー小委員会委員長

谷口　愼一郎　殿

以下の者は、当施設の職員であり、当施設を含めた教育サポート資金等から本セミナーの受講費補助を受けていないことを証明します。

受講希望者氏名（本人自筆）：

年齢：　　　　　歳

生年月日（西暦）：　　　　　年　　　　月　　　　日

２０２４ 年　 ⽉ 　 ⽇

住 所： 〒

所 属 名：

※責任者署名： ㊞

（⾃筆）

※ 所属部科⻑に署名・捺印をいただいてください。

必要事項を記入した本証明書はスキャンし、お申し込み時に参加申込フォーム内でアップロードして下さい。アップロードしないと本制度を利用してのお申し込みはできません。