日本臨床神経生理学会主催

第19回神経筋診断セミナー

証明書

日本臨床神経生理学会

神経筋診断技術向上小委員会委員長

野寺 裕之　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

２０２２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。

本証明書はスキャンし、申込日を含め５日以内に添付ファイルとしてメールでセミナー事務局までお送り下さい（期限内必着）。期限を過ぎた場合、制度の適用は受けられません。