

Neurosurgery Kinki 2026 Spring Meeting

留学生/研修医(卒後2年まで)

証明書

留学生/研修医(卒後2年まで)は、主任教授もしくは所属長からの登録区分証明書が必要です。

必要事項をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、当日受付へご提出ください。

フリガナ 参加者氏名	
所属(勤務先)	
E-mail	

上記の者は、当施設における、(留学生 / 研修医 (卒後2年まで))であることを証明する。

* 該当するカテゴリーを○で囲んでください。

年 月 日

主任教授または所属長 氏名 _____ 印

※個人情報の取扱いについて

本会の参加登録の際にお預かり致しました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません。

また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

<お問合せ先> Neurosurgery Kinki 2026 Spring Meeting運営事務局

有限会社トータルマップ内

〒675-0055 加古川市東神吉町西井ノ口601-1

Tel: 079-433-8081 Fax: 079-433-3718

E-mail : kinki2026spr@totalmap.co.jp

<事務局使用欄>

受付日		登録番号	
-----	--	------	--