第26回日本臨床脳神経外科学会

参加登録用紙

1 登録カテゴリ	□医師（12,000円）　□メディカルスタッフ（7,000円）　□企業（18,000円）　□初期研修医・学部学生 ※1（1,000円）
2 氏名	フリガナ：
3 日本臨床脳神経外科協会	□会員　□非会員
4 職種	□医師　□薬剤師　□看護師　□介護士　□臨床検査技師　□診療放射線技師
	□管理栄養士・栄養士　□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士　□臨床工学技士
	□SE　□MSW　□事務職員　□その他（　　）
5 施設名	
6 所属先住所	都道府県：　市区町村： ※助成金申請の為、記載必須となります。お手数ですがご記入ください。
事務局記入欄	受付日(いずれかに〇)　領収証（控）添付： **7/15 ・ 7/16**

※1 卒後初期研修医・外国人留学生・医学部学生・薬学部学生・看護学生・医療専門学校生等の参加については、受付にて学生証または施設長の捺印（署名）が入った証明書が必要です。
また、プログラム・抄録集はご自身で別途、ご購入いただきます。

※この書類で得られた情報は、個人情報保護法に基づき参加登録の集約以外には利用したしません