

## Neurosurgery Kinki 2026 Autumn 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<br>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 Autumn Meeting運営事務局  
Tel: 079-433-8081   Fax: 079-433-3718  
E-mail : [kinki2026aut@totalmap.co.jp](mailto:kinki2026aut@totalmap.co.jp)

&lt;事務局使用欄&gt;

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 受付日 |  | 登録番号 |  |
|-----|--|------|--|