日本臨床麻酔学会 第38回大会　参加登録事務局　行

FAX：03-5549-4623　 E-mail： reg-jsca2018@convention.co.jp

**日本臨床麻酔学会 第38回大会用**

**身分証明書**

参加カテゴリーをメディカルスタッフとして事前参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入し所属長の署名、捺印したものを日本臨床麻酔学会 第38回大会　参加登録事務局宛にE-mailでお送りください（添付ファイルはワードもしくはPDFファイルにてお願いいたします）。E-mailによる送信ができない場合はFAXでお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成日 | 平成30年　　　　月　　　　日 | 参加申込番号 | R66 |
| 職種 | 該当の職種に○をご記入ください。  メディカルスタッフの（　）内には具体的な職種をご記入ください。例：看護師、理学療法士、など  ・メディカルスタッフ（ 　　　　　　　　　　　　　　）  ・初期臨床研修医 　　　　　・医学部生　　　　　　 ・留学生 | | |
| フリガナ |  | | |
| 参加者氏名 |  | | |
| 所属（勤務先） |  | | |
| 連絡先TEL |  | 連絡先FAX |  |
| E-mail |  | | |

上記の者は、当方の職員であることを証明する。

平成30年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職名 |  | |
| 氏名 |  | 印 |

**■お問い合わせ**

　日本臨床麻酔学会第38回大会　参加登録事務局

　TEL：03-5549-4634　　FAX：03-5549-4623　　E-mail：reg-jsca2018@convention.co.jpp

参加登録事務局使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理No | 受領日 | 登録日 | 参加申込番号 | その他特記事項 |
|  | 月　　日 | 月　　日 | R |  |