

# 在籍証明書

## Certificate of Registration

[ 初期臨床研修医 ・ 外国人留学生 ・ 学生 ]

Resident Foreign Student Student

※ [ ]内の該当するものに必ず○を付けてください。

Please be sure to mark ○ as applicable.

第64回日本定位・機能神経外科学会

会長 梅村 淳 殿

To: Atsushi Umemura

President of the 64th Annual Meeting of the Japan Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery

下記の者は、当施設にて(初期臨床研修・留学・学生)を目的として在籍していることを証明する。

This is to certify that the following person is enrolled at this institution as a Resident ・ Foreign Student ・ Student.

氏名 (Full name):

在籍期間: 年 月 ~ 年 月  
(Enrollment period) Year Month Year Month

年 月 日

所属:  
(Affiliation)

所属長:  
(Head of department)

印