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27回日本脳神経減圧術学会

会長　　樋口　佳則　殿

To: Yoshinori Higuchi

President of the 27th Annual Meeting of the Japan Society for Microvascular Decompression Surgery

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： 印

（Head of department）