**第 49回一般社団法人日本口蓋裂学会総会・学術集会**

**学部学生・大学院生/留学生/研修医(卒後 2 年まで)**

**証明書**

学部学生・大学院生/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、運営事務局へご提出ください。

学生の方は、学生証のコピーも併せてご提出ください。

フ リ ガ ナ

参 加 者 氏 名

所 属 （ 勤 務 先 ）

日本口蓋裂学会 □会員(会員番号 ) □非会員

TEL

E-mail

上記の者は、当施設における、（学部学生・大学院生/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>

第49回日本口蓋裂学会総会・学術会　運営事務局

株式会社JTB　西日本 MICE事業部　 担当：青木

〒541-0056　大阪市中央区久太郎町2丁目1番25号　JTBビル6階

TEL: 06-6210-5608　 FAX: 06-6210-5423　E-mail：jcpa49@jtb.com

HP　:<https://www.jcpa49.com/>

**<事務局使用欄>**

**受付日** **登録番号**