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39回日本脳神経血管内治療学会学術集会

会長　　佐藤　徹 殿

To: Tetsu Satow

President of the 39th Annual Meeting of the Japanese Society for Neuroendovascular Therapy

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）