

第 54 回日本神経病理学会総会学術研究会

登録区分（職員・留学生）証明書

氏 名

所 属

上記の者は、当所属の 職員・留学生 であることを証明する。

(いずれかに○をしてください)

年 月 日

所属長氏名

印

※必要事項を記載の上、所属長の署名あるいは捺印が入った本証明書を
下記あてに FAX にてお送りください。

<証明書の FAX 送信先>

第 54 回日本神経病理学会総会学術研究会

事前参加登録窓口（代行）

FAX 送信先：03-5840-8129

(TEL:03-6826-8105)

第 54 回日本神経病理学会総会学術研究会

事前参加登録窓口（代行）

メディア・プロモーション・サービス(株)

〒113-0034 東京都文京区湯島 2-31-15 和光湯島ビル 7F

TEL : 03-6826-8105 FAX : 03-5840-8129 E-mail : jsnp54@m-ps.co.jp