

日本臨床腫瘍薬学会学術大会2020

<参加登録(学生)所属長証明書>

下記証明書にご本人サインおよび指導教官または所属長の署名・捺印の上、参加登録時に併せて提出ください。

= 証 明 書 =

フリガナ

参加者氏名:

所属機関 :

TEL :

E-mail :

※併せて下記にお名前を記載してください。

私、_____ は社会人大学院生(給与取得者)および日本臨床腫瘍薬学会の会員ではございません。

上記の者は、当施設における、「学生」であることを証明します。

年 月 日

指導教官または所属長

氏名 : _____ 印

【個人情報の取り扱いについて】

本会の参加登録の際にお預かりいたしました内容は、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> 日本臨床腫瘍薬学会学術大会2020 参加登録デスク

TEL:06-6120-1257 FAX:06-6120-1229 Email:jaspo2020-reg@jtbcom.co.jp

<事務局使用欄>

受付日

受付番号