

在籍証明書

※全ての項目にご記入ください。不備がある場合は、再記入をお願いする場合がございます。

| | |
|-------------------------|---|
| 日本美容外科学会 (JSAS) 会員区分 | ※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 |
| 参加区分 | ※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ <input type="checkbox"/> クリニックスタッフ <input type="checkbox"/> 研修医 |
| ふりがな | |
| 氏 名 | |
| 勤 務 先 | |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 | |

上記の者が当施設に在籍があることを証明する。

令和 8 年 月 日

所属長（責任者）氏名：

⑩

※責任者の署名・捺印（サイン）がない証明書は無効といたします。

【お問い合わせ先】

第 114 回日本美容外科学会 運営事務局

株式会社サンプラネット メディカルコンベンションユニット

〒112-0012 東京都文京区大塚 3-5-10 住友成泉小石川ビル 6F

TEL: 03-5940-2614 E-mail: jsas114@sunpla-mcv.com