【 受 付 番 号 \* 　　　　　　　　　　】

\* 記入不要

証 明 書

日本脳神経外傷学会　理事長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 職　名 |  |
| 所　属 |  |

上記の者について、当施設にて脳神経外傷診療に従事していることを証明します。

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

施設名

役職※・氏名

所在地　〒

電話番号

ファックス番号

（※ 施設長あるいは所属診療科科長）