

当日提出用

第 149 回日本美容外科学会学術集会
メディカルパートナー区分証明書

以下の大枠内に、登録記入者欄および登録区分署名欄に必要な事項をご記入の上、当日参加登録受付時に本人確認書類(運転免許証・保険証・マイナンバーカードのいずれか)とあわせてご持参ください。

登録者記入欄	
参加者氏名	
フリガナ	
ご所属	
TEL	
E-mail	

登録区分証明欄	
【会員施設の施設長、もしくは科長の署名・捺印欄】 上記の者は、日本美容外科学会(JSAPS)会員施設における、職員であることを証明する。 令和 6 年 月 日 会員施設の施設長、もしくは科長 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の使用はいたしません。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。

お問い合わせ先: 第 149 回日本美容外科学会学術集会 運営事務局
株式会社春恒社
E-mail: jsaps149@shunkosha.com