

## メディカルスタッフ証明書

第68回日本神経学会学術大会

大会長 小野寺 理 殿

以下の者は、当院のメディカルスタッフ\*であることを証明します。

氏 名： \_\_\_\_\_

職 種（要資格所持）：以下あてはまる内容に✓を入れてください。

- |                                        |                                            |                                     |                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 栄養士           | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員（ケアマネージャー） | <input type="checkbox"/> 介護福祉士      | <input type="checkbox"/> 看護師            |
| <input type="checkbox"/> 義肢装具士         | <input type="checkbox"/> 救急救命士             | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士      | <input type="checkbox"/> 公認心理師          |
| <input type="checkbox"/> 作業療法士         | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士             | <input type="checkbox"/> 歯科技工士      | <input type="checkbox"/> 視能訓練士          |
| <input type="checkbox"/> 診療放射線技師       | <input type="checkbox"/> 社会福祉士             | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士    | <input type="checkbox"/> 保健師            |
| <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター | <input type="checkbox"/> 薬剤師               | <input type="checkbox"/> 理学療法士      | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師         |
| <input type="checkbox"/> 臨床工学技士        | <input type="checkbox"/> 臨床心理士             | <input type="checkbox"/> 認定遺伝カウンセラー | <input type="checkbox"/> 行政の保健医療福祉部門担当者 |

☐ 認定 CRC（臨床研究コーディネーター）

☐ 難病相談支援センター相談支援員 ☐ 難病医療専門員（コーディネーター）

☐ 難病ヘルパー ☐ DMAT 隊員 ☐ その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

※「その他」の資格をお持ちの非会員メディカルスタッフの方は、参加登録をする前に必ず事務局までお問い合わせの上、正式な了承を得てからご登録ください。

202 年 月 日

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

所 属 名： \_\_\_\_\_

責任者署名： \_\_\_\_\_  
（自筆）

㊞

※ 所属部科長に署名・捺印をいただってください。

※ 本証明書はスキャンし、参加登録の際にアップロードしてください。

\*医師・研究者以外の医療介護福祉関係者。メディカルスタッフの資格をお持ちで、大会参加時にメディカルスタッフとして医療関係施設で働いている方が対象となります。

## メディカルスタッフ証明書

第68回日本神経学会学術大会

大会長 小野寺 理 殿

以下の者は、メディカルスタッフ\*であることを証明します。

氏 名： \_\_\_\_\_

所属施設： \_\_\_\_\_

職 種（要資格所持）：以下あてはまる内容に✓を入れてください。

- |                                               |                                            |                                            |                                         |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 栄養士                  | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員（ケアマネージャー） | <input type="checkbox"/> 介護福祉士             | <input type="checkbox"/> 看護師            |
| <input type="checkbox"/> 義肢装具士                | <input type="checkbox"/> 救急救命士             | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士             | <input type="checkbox"/> 公認心理師          |
| <input type="checkbox"/> 作業療法士                | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士             | <input type="checkbox"/> 歯科技工士             | <input type="checkbox"/> 視能訓練士          |
| <input type="checkbox"/> 診療放射線技師              | <input type="checkbox"/> 社会福祉士             | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士           | <input type="checkbox"/> 保健師            |
| <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター        | <input type="checkbox"/> 薬剤師               | <input type="checkbox"/> 理学療法士             | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師         |
| <input type="checkbox"/> 臨床工学技士               | <input type="checkbox"/> 臨床心理士             | <input type="checkbox"/> 認定遺伝カウンセラー        | <input type="checkbox"/> 行政の保健医療福祉部門担当者 |
| <input type="checkbox"/> 認定 CRC（臨床研究コーディネーター） |                                            |                                            |                                         |
| <input type="checkbox"/> 難病相談支援センター相談支援員      |                                            | <input type="checkbox"/> 難病医療専門員（コーディネーター） |                                         |
| <input type="checkbox"/> 難病ヘルパー               | <input type="checkbox"/> DMAT 隊員           | <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）  |                                         |

※「その他」の資格をお持ちの非会員メディカルスタッフの方は、参加登録をする前に必ず事務局までお問い合わせの上、正式な了承を得てからご登録ください。

202 年 月 日

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

所 属 名： \_\_\_\_\_

責任者署名（自筆）： \_\_\_\_\_

日本神経学会会員番号： \_\_\_\_\_

※ 責任者（日本神経学会会員）に署名をいただってください。

※ 本証明書はスキャンし、参加登録の際にアップロードしてください。

\*医師・研究者以外の医療介護福祉関係者。メディカルスタッフの資格をお持ちで、大会参加時にメディカルスタッフとして医療関係施設で働いている方が対象となります。