

大学院博士課程の授業に替えるセミナーの受講証明書  
Certificate of attendance to the Seminar which can be  
replaced for graduate school works

学生の氏名(Student's Name) \_\_\_\_\_

学生番号 (Student Number) \_\_\_\_\_

所属分野 (Department) \_\_\_\_\_

日時 2010年11月19日 \_\_\_\_\_

Date November 19, 2010 \_\_\_\_\_

代替授業科目 C9 緩和ケア学理論 \_\_\_\_\_

School work replaced for: C9 Paliative Care \_\_\_\_\_

セミナー名 Title of seminar : \_\_\_\_\_

第39回 熊本ペインクリニック研究会

講師 (Speaker): 齊藤 洋司 (島根大学 医学部麻酔科学 教授) 他

主催研究室 生体機能制御学分野 \_\_\_\_\_

Host Lab. Department of Anesthesiology \_\_\_\_\_

受講生の成績評価 \_\_\_\_\_ 点/100点満点

(Student's score)

セミナーの主催者の方は、受講生に氏名、学生番号、所属  
分野を記入させたいので、この証明書を回収してください。