**2018년 대한뇌혈관내수술학회 ASCENT 강의 슬라이드 공개 동의서 (회신요망)**

|  |
| --- |
| **C:\Users\user\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\대한뇌혈관내수술학회-레드 2.jpg**  **대 한 뇌 혈 관 내 수 술 학 회**  **Society of Korean Endovascular Neurosurgeons**  **06631 서울 서초구 서초대로 350 (서초동, 동아빌라트2타운) 407호**  **Tel: (02)2279-9560 / Fax: (02)2279-9561/ Email: sken@sken.kr / homepage: http://www.sken.kr** |

1) 본 학술 대회에 발표 연자를 수락해 주시어 감사 드립니다.

2) 본 학회는 SKEN 회원들간의 정보 교류 및 학술 발전을 위하여 선생님께서 학회에서

발표하신 강의 원고를 대한뇌혈관내수술학회 홈페이지에 공개하고자 합니다.

3) 슬라이드는 PDF 형식으로 공개합니다.

3) 이에 연자께서는 아래 첨부파일의 양식으로 강의 원고의 공개에 대한 수락 여부를 대한뇌혈관내수술학회 사무국 (이메일 [sken@sken.kr](mailto:sken@sken.kr) 또는 Fax 02-2279-9561)으로 회신하여 주시면 감사하겠습니다.

첨부: 2018년 대한뇌혈관내수술학회 ASCENT 강의 슬라이드 공개 동의서

2018년 월 일

**대한뇌혈관내수술학회 회장 고준석**

**총무 신승훈**

**학술 장철훈**

<첨부>

**2018년 대한뇌혈관내수술학회 ASCENT 강의 슬라이드 공개 동의서**

본 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 은(는) 2018년 대한뇌혈관내수술학회 ASCENT에서 발표한 강의 슬라이드 공개를 수락합니다( ) / 수락하지 않습니다 ( ). 상기 본인은 대한뇌혈관내수술학회 홈페이지에 강의 원고 공개를 수락하며, 이에 따른 권리, 이익 및 저작권에 대한 모든 권한 행사를 요구하지 않겠습니다.

2018년 월 일

성명: (서명 또는 인)

|  |  |
| --- | --- |
| **강의 제목** |  |
| **소속** | 예) OO대학교 의과대학 OO병원 OO과 |
| **의사면허번호** |  |
| **E-mail** |  |
| **휴대전화번호** |  |
| **연자료** |  |
| **주민등록번호** | (연자료 원천징수에 필요합니다) |
| **강의료 입금 계좌번호** | **계좌번호 :**  은행명:  예금주: |

**회신처: 대한뇌혈관내수술학회 사무국**

**Tel: (02)2279-9560 / Fax: (02)2279-9561/ Email: sken@sken.kr**