**초청사유서** (초청자가 개인인 경우)

1. 피초청인

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **국적** | **성명(영문)** |  **생년월일 및 성별** | **주소** | **연락처** | **관계** |
| 중국 | ( ) |   ( ) |  | ☎H.P: |  |

 2. 초청인

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **국적** | **성명** | **주민등록번호** | **직업** | **한국 내 주소** | **연락처** |
| Organization for Human Brain Mapping | Elizabeth Slater | United States of America | September 5, 1980 | 1935 County Road B2 W, Suite 165, Roseville, MN, 55113, USA |  No |

3. 초청사유 (초청사유를 간단히 기재하되, 특별한 사유가 있는 경우 별지에 추가 기재)

4. 초청자 책임

 **가.** 초청인은 피초청인이 대한민국에서 체류 중 제반법규를 준수하도록 하여야 하며 법위반으로 보호되는 경우에는 보호 중 발생되는 비용에 대한 지불 책임을 부담합니다.

 **나.** 초청인은 피초청인의 신원이 이상 없음을 확인하여야 하고, 제출한 서류 중 거짓된 사실의 기재나 허위의 서류가 포함된 경우 모든 법적인 책임을 부담할 것을 확인합니다.

**년 월 일**

**초청인 성명 : 서명(날인) :**




Elizabeth Slater,
Executive Director,
Organization for Human Brain Mapping
1935 County Road B2 W, Suite 165, Roseville, MN, USA, 55113.
+1-952-641-3041