**当日参加登録用**

角膜カンファランス2016　運営事務局　行

**Fax: 03-5216-5552 / Email: cornea2016@congre.co.jp**

**角膜カンファランス2016**

**第40回日本角膜学会総会／第32回日本角膜移植学会**

**登録区分（研修医・留学生・コメディカル）証明書**

**本カテゴリーでの参加登録には、この証明書が必要です。**

研修医・留学生・コメディカルのカテゴリーで参加を申し込む方は、主任教授、もしくは　　　　所属長の署名、捺印をもらい、必要事項を記入の上、当日登録受付にご提出ください。

□日本角膜学会　会員

□日本角膜移植学会　会員

□非会員

フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

会員番号　　　　　　　　　　　　　　氏名

所属

上記の者は、[ 研修医・留学生・コメディカル ]　であることを証明する。

※該当する区分を○で囲んでください。

　　　　年　　　　月 　　　日

主任教授　又は　所属長　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

登録者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 登 録 日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

お問い合わせ

＜角膜カンファランス2016　運営事務局＞

〒102-8481　千代田区麹町5-1 弘済会館6階

株式会社コングレ内

TEL: 03-5216-5318 / FAX: 03-5216-5552 / E-mail: [cornea2016@congre.co.jp](mailto:cornea2016@congre.co.jp)