

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