**当日参加登録用**

角膜カンファランス2017　運営事務局

Fax: 092-716-7143 / Email: cornea2017@congre.co.jp

角膜カンファランス2017

第41回日本角膜学会総会／第33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。

**下記の者は、[ 研修医・留学生・コメディカル ]　であることを証明する。**

**年　　　　月 　　　日**

主任教授　又は　所属長：

**所属**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**【参加登録者情報】**

※該当する区分にチェック☑マークを入れてください。

□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

|  |  |
| --- | --- |
| 登 録 日 | ２０１７年　２月　　　日 |
| 住　　所 | （〒　　　－　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

＜お問い合わせ＞

角膜カンファランス2017　運営事務局

〒810-0001　福岡市中央区天神1-9-17-11F

株式会社コングレ内

TEL：092-716-7116　/　FAX：092-716-7143　/　E-mail：cornea2017@congre.co.jp