

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