

第29回日本緑内障学会 運営事務局 行

Fax: 03-5216-5552 Email: jgs2018@congre.co.jp

<p align="center"><b>第29回日本緑内障学会 登録区分(研修医・メディカルスタッフ)証明書</b></p>
---

この証明書が提出されていない場合、参加証は送付されませんので、ご注意ください。

研修医・メディカルスタッフの категория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、必要事項を記入後、第29回日本緑内障学会運営事務局(株式会社コングレ)へ FAXもしくはPDFにてお送りください。

日本緑内障学会  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 ・ メディカルスタッフ ]であることを証明する。

※該当する区分を○で囲ってください。

2018年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

主任教授 又は 所属長 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 登録者記入欄

事前参加 登録方法 (どちらかに✓印を お付けください)	<input type="checkbox"/> オンライン登録 登録日 2018年 ____ 月 ____ 日 参加登録番号 _____ (受付メールに表示される5桁の数字)
	<input type="checkbox"/> 郵便払込用紙 払込日 2018年 ____ 月 ____ 日 参加登録番号 _____ (事務局記入欄)
住 所	〒 _____ - _____
電話番号	
FAX番号	
Emailアドレス	

お問い合わせ

＜第29回日本緑内障学会 運営事務局＞

〒102-8481 東京都千代田区麹町5-1 株式会社コングレ内

TEL:03-5216-5318 / FAX:03-5216-5552 / E-mail:jgs2018@congre.co.jp

受付時間: 平日 9:30-17:30 (土・日・祝休)