

※ 必要事項をご記入の上、学会当日にご持参ください。

第 85 回九州眼科学会  
登録区分(研修医・留学生、コメディカル)証明書

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者は、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、当日参加登録受付にご提出ください。

フリガナ( )

氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

【該当する区分を○で囲ってください。】

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。

※研修医は、新臨床研修医制度3年目(後期研修1年目)までとします。

2015 年 月 日

主任教授 又は 所属長 氏名 \_\_\_\_\_ 印

【お問い合わせ】

< 第 85 回九州眼科学会 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 九州支社内

TEL:092-716-7116 / FAX:092-716-7143 / E-mail:[kyugan2015@congre.co.jp](mailto:kyugan2015@congre.co.jp)

受付時間:10:00~18:00 (土・日・祝 休)