|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **参加登録** |
| **第75回日本臨床眼科学会**  **登録区分証明書** | | | | |
| **第75回日本臨床眼科学会　運営事務局　行　　　　　　　　　　　　　　E-mail：ringan2021-reg@congre.co.jp** | | | | |
| 研修医（新臨床研修医制度4年目/後期研修2年目まで）、大学院生、留学生、コ・メディカル、学生（医療系）、初期研修医のカテゴリーで参加登録をされる方は、以下の「登録者記入欄」、「登録区分証明欄」をご記入の上、  オンライン登録時、所定の欄に、本証明書をアップロードしてください。  ※本証明書の送付だけでは、事前登録にはなりませんので、ご注意ください。 | | | | |
|  | | | | |
| **登録者記入欄** |  | | | |
| フリガナ | 入力してください | | | |
| 氏名 | **入力してください** | | | |
| 所属（勤務先） | **入力してください** | | | |
| 電話番号 | 入力してください | | | |
| E-mail | 入力してください | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録区分証明欄** | 1. ~③にご記入もしくは添付ください。 | | | | | |
| 1. **【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】**　※研修医、大学院生、コ・メディカルは必須 | | | | | | |
| 上記のものは、当施設における、 | | | **区分を入力してください** | | であることを証明する。 | |
| 主任教授または所属長のサイン | | | **氏名を入力してください** | | 印 | |
| 日付：2021年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 1. **（公社）日本視能訓練士協会会員の方** | | | | | | |
| ※特定の職場に勤務していない場合など、所属長の証明を取得できない方のみ、会員番号を記入してください。 | | | | | | |
| （公社）日本視能訓練士協会　会員番号 | | | | **会員番号を入力してください** | |  |
| 1. **【学生証のコピー添付欄】**※学生（医療系）・初期研修医の方のみ | | | | | | |
| 学生証のコピーをここに貼付けてください。  （大学院生は、①の記入が必須です） | | | | | | |
| 【個人情報の取り扱いについて】 | |  | | | | |
| 本会の参加登録の際にお預かりしました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません  また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。 | | | | | | |
| ＜＜お問合せ先＞＞ | | 第75回日本臨床眼科学会　運営事務局（株式会社コングレ　内）  E-mail：ringan2021-reg@congre.co.jp | | | | |
| 運営事務局使用欄： | | 受付日：　　　　　　　　　　　　受付番号： | | | | |