当日登録用

第 71 回日本臨床眼科学会
登録区分（研修医・大学院生・留学生・コメディカル）証明書

研修医／大学院生／留学生／コ・メディカルのカテゴリーで参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、当日参加受付にてご提出ください。

フリガナ 参加者氏名			
所属（勤務先）			
日本眼科学会	□会員（会員番号　　）　□非会員		
Tel		Fax	
E-mail			

上記の者は、〔　研修医　／　大学院生　／　留学生　／　コ・メディカル　〕であることを証明する。
※該当する区分を〇で囲ってください。

2017 年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

主任教授　または　所属長　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（公社）日本視能訓練士協会　会員の方へ

※特定の職場に勤務していない方や何らかの事情で所属長の証明を取得できない方は、会員番号を記入してください。

日本視能訓練士協会　　会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜お問い合わせ＞　第 71 回日本臨床眼科学会 運営事務局
株式会社コングレ内
〒102-8481　東京都千代田区麹町 5-1　弘済会館 6 階
TEL：03-5216-5318　FAX：03-5216-5552　E-mail：ringan2017@congre.co.jp

＜事務局使用欄＞

受付日	月　　日	受付番号	