

第36回日本眼循環学会
登録区分証明書(所属長証明書)
 コ・メディカル、研修医、大学院生、その他

第36回日本眼循環学会 事務局 参加登録デスク宛
 FAX: 06-6120-1229 Email: 36jsoc_reg@jtbc.com.co.jp

コ・メディカル、研修医、大学院生、その他のいずれかのカテゴリで参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入後、学会当日、参加登録時に受付へご提出ください。

登録者記入欄			
氏名(フリガナ)			
所属(勤務先)			
Tel		Fax	
E-mail			
(社)日本視能訓練士協会 会員番号	登録区分(該当箇所を○で囲んでください)		
	コ・メディカル、研修医、大学院生 その他()		

登録区分証明書	(社)日本視能訓練士協会の会員番号をご記入の場合は所属長の証明は不要です。
【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】	
上記の者は、当施設における、_____であることを証明する。 年 月 日	
主任教授または所属長	氏名 _____ 印 _____

【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いたしました内容は、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36回日本眼循環学会 事務局 参加登録デスク
 株式会社JTBコミュニケーションデザイン ミーティング&コンベンション事業部
 TEL: 06-6120-1257 FAX: 06-6120-1229 Email: 36jsoc_reg@jtbc.com.co.jp

〈事務局使用欄〉

受付日		受付番号	
-----	--	------	--