

第43回日本眼薬理学会
登録区分証明書

第43回日本眼薬理学会 参加登録デスク 宛

E-mail: jsop43-reg@jtbcom.co.jp

薬剤師、看護師、視能訓練士、後期研修医、医師の大学院生・初期研修医、学生（医師以外の大学院生含む）の категорияで参加登録をされる方は、下記に必要な事項をご記入・捺印後、オンライン登録時にアップロードしてください。

※当日現地登録される方は受付へご提出ください。

登録者記入欄			
フリガナ			
氏名			
所属（勤務先）			
部局（部科）			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

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】

上記の者は、当施設における、_____であることを証明する。

2023年 月 日

主任教授または所属長のサイン 氏名 _____ 印

②（公社）日本視能訓練士協会会員の方

（公社）日本視能訓練士協会 会員番号 _____

③【学生証のコピー添付欄】※学生の方のみ

学生証のコピーを貼り付けてください
（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43回日本眼薬理学会 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 内）
Email: jsop43-reg@jtbcom.co.jp

〈運営事務局使用欄〉

受付日

受付番号