第45回日本眼薬理学会

登録区分証明書

第45回日本眼薬理学会　参加登録デスク 宛

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」をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名・捺印の上、オンライン登録時にアップロードしてください。(FAX不要　※本証明書の送付のみでは参加登録にはなりません）

登録者記入欄

参加者氏名	登録区分 （該当区分に〇を付けてください）		必要な 登録区分証明
フリガナ：		薬剤師	①へ記入
		看護師	①へ記入
		視能訓練	①または②へ記入
氏名：		後期研修医	①へ記入
		医師の大学院生	①へ記入
		初期研修医	①へ記入
		学生（医師以外の大学院生含む）	①または③へ記入
所属（勤務先）			
電話番号			
E-mail			

登録区分証明欄　①～③のいずれか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】※薬剤師、看護師、視能訓練士、後期研修医、大学院生、初期研修医は必須

上記の者は、当施設における、

（**□ 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））

であることを証明する。※該当する区分にチェックを入れてください。

記入日：　　年　　月　　日　　→日付をご記入ください

主任教授または所属長：　氏名　　印　　→署名・捺印もお願いします

②（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

③【学生証のコピー添付欄】　※学生の方（大学院生は、①の記入が必須です）

学生証のコピーを貼り付けてください。
有効期限の記載が裏面にある場合は、
裏面のコピーも必要です。
（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45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　コンベンション第二事業局内
Email：jsop45-reg@jtbcom.co.jp

<事務局使用欄>

受付日		受付番号	