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

多绿老司入烟

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)

立外自己八條					
参加者氏名 フリガナ:			登録区分		必要な
		(該当区分に	○を付けてください)		登録区分証明
		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
		後期研修医			①へ記入
氏名:		医師の大学院	完生		①へ記入
八台 ·		初期研修医			①へ記入
		学生(医師以	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;	忝付ください。			
① 【主任教授、もしくは	t所属長の署名・捺印欄】※ <mark>薬剤</mark>	師、看護師、視能訓練士、後	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、				
	•	緬十 • □後期研修四	∓)	
□ 薬剤師 ・	・ □看護師 ・ □視能訓				
□ 薬剤師 ・	•				
□ 薬剤師 · □ 医師の大学	・ □看護師 ・ □視能訓	・ □学生(医師以外 <i>0</i>			
□ 薬剤師 ・□ 医師の大党であることを証明す	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医	・ □ 学生(医師以外の を入れてください。	の大学院生含む)		→日付をご記入ください
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック	・ □学生(医師以外 <i>0</i>			
□ 薬剤師 ・□ 医師の大党であることを証明す	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック	・ □ 学生(医師以外の を入れてください。	の大学院生含む)	Ð	→日付をご記入ください →署名・捺印もお願いします
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 、長: 氏名	・ □ 学生(医師以外の を入れてください。	の大学院生含む)) ED	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練:	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 、長: 氏名	・ □ 学生(医師以外の を入れてください。 年 月	の大学院生含む) □	ED	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 派長: 氏名 士協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取	 □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 な得できない方のみ、会員番	の大学院生含む) □	即	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 日: 議長: 氏名 士協会 会員の方	・ □ 学生(医師以外の を入れてください。 年 月	の大学院生含む) □	即	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 派長: 氏名 士協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取	 □学生(医師以外のを入れてください。 年月 双得できない方のみ、会員番 会員番号	の大学院生含む) □	Ð	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 日: 議長: 氏名 士協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 見能訓練士協会	 □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 図得できない方のみ、会員番会員番号 、①の記入が必須です) 	の大学院生含む) 日 号を記入してください。	fp	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 日: 議長: 氏名 士協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 見能訓練士協会	 □学生(医師以外のを入れてください。 年月 双得できない方のみ、会員番 会員番号	の大学院生含む) 日 号を記入してください。	Ð	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 議長: 氏名 士協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 見能訓練士協会 対欄】 ※学生の方(大学院生は 学生証のコビ	 □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 図得できない方のみ、会員番会員番号 、①の記入が必須です) 	の大学院生含む) 日 号を記入してください。	ED .	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 議長: 氏名 土協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 規能訓練土協会 対欄】 ※学生の方(大学院生は 学生証のコピ 有効期限の意	・ □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 双得できない方のみ、会員番 会員番号 、①の記入が必須です) ~ を貼り付け	の大学院生含む) 日 号を記入してください。 てください。	即	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 議長: 氏名 土協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 規能訓練士協会 ・ 学生証のコピ 有効期限の記 裏面の	・ □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 図得できない方のみ、会員番 会員番号 、①の記入が必須です) ・ 一を貼り付け 記載が裏面にあ	の大学院生含む) 日 号を記入してください。 ちる場合は、 です。	即	
□ 薬剤師 □ 医師の大党 であることを証明す 記入 主任教授または所属 ② (公社) 日本視能訓練: ※特定の職場に勤務してい	・ □看護師 ・ □視能訓 学院生 ・ □初期研修医 る。※該当する区分にチェック 、日: 議長: 氏名 土協会 会員の方 いない場合など、所属長の証明を取 規能訓練士協会 ・ 学生証のコピ 有効期限の記 裏面の	・ □学生(医師以外のを入れてください。 年 月 図得できない方のみ、会員番会員番号 、①の記入が必須です) 。一を貼り付け 記載が裏面にあ	の大学院生含む) 日 号を記入してください。 ちる場合は、 です。	EP .	

【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> 受付番号 受付番号