第12回日本眼形成再建外科学会学術集会 参加登録デスク 宛

第12回日本眼形成再建外科学会学術集会
登録区分（専攻医・研修医・学生）証明書

専攻医（卒後3年目）・研修医（卒後1，2年目）、学生（医療系）* の区分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、オンライン登録時にアップロードしてください。（FAX不要）

*「学生」は、学部学生に限り、大学院生は含まれません。

* 学生の方は、学生証のデータをアップロードする場合は、本用紙のアップロードは不要です。

※本証明書の送付のみでは参加登録にはなりませんので、ご注意ください。

登録者記入欄

フリガナ			
氏名			
所属(勤務先)			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

登録区分証明欄

【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、

〔 **専攻医（卒後3年目）** ・ **研修医（卒後1，2年目）** ・ **学生（医療系）** 〕

であることを証明する。 ※該当する区分を〇で囲んでください。

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12回日本眼形成再建外科学会学術集会 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　事業共創部　コンベンション第二事業局内
E-mail: jsoprs2025-reg@jtbcom.co.jp　TEL: 06-6120-1257　FAX: 06-6120-1229
＜受付時間：平日 10:00～17:00（休：土・日・祝日）＞
※原則E-mailでお問い合わせいただきますようご協力をお願いいたします。

<事務局使用欄>

受付日		受付番号	