

*「研修医」は、新臨床研修制度3年目（後期研修1年目）までとします。

※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	
E-mail	

登録区分証明欄
<p>【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】</p> <p>上記の者は、当施設における、</p> <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 研修医（新臨床研修制度3年目（後期研修1年目）まで） <input type="checkbox"/> 大学院生 ・ <input type="checkbox"/> 視能訓練士 ・ <input type="checkbox"/> 留学生 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> <p>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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: right;">記入日：</div> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: left; color: red;">→日付をご記入ください</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: right;">主任教授または所属長：氏名</div> <div style="text-align: center;">印</div> <div style="text-align: left; color: red;">→署名・捺印をお願いします</div> </div> <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>

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。

<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	
-----	--	------	--