

第64回日本白内障学会総会・第51回水晶体研究会
研修医、大学院生、メディカルスタッフ、学生 証明書

コ・メディカル、初期研修医、大学院生のカテゴリー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、捺印をもらい、第64回日本白内障学会総会・第51回水晶体研究会の参加登録当日受付にご提出願います。

日本白内障学会会員 ☐ 会員 ☐ 非会員

フリガナ

会員番号 _____ 氏名 _____

所属 _____

上記の者は、当施設における、（☐コ・メディカル、☐初期研修医、☐大学院生）であることを証明する。

※該当する区分に☒を入れてください。

令和 年 月 日

主任教授または所属長 _____ 氏名 _____ (印)

公益社団法人 日本視能訓練士協会 会員の方へ

※特定の職場に勤務していない方や何らかの事情で所属長の証明を取得できない方は、会員番号を記入してください。

日本視能訓練士協会 会員番号 _____

登録者記入欄

住所	〒 —
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

【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。

<お問い合わせ> 第64回日本白内障学会総会・第51回水晶体研究会 運営事務局
〒920-0059 石川県金沢市示野町南45番地 株式会社ネクステージ内
E-mail : jscr64@nex-tage.com