**第２回 視覚生理学基礎セミナー　参加登録証**

該当する項目に☑を入れて、以下の必要項目をご記入の上、本参加登録証をメールに添付し事務局へ送信してください。（[shikaku@kitasato-u.ac.jp](mailto:shikaku@kitasato-u.ac.jp)）

* 日本視野学会会員　￥2,500　**会員番号：**

□　カテゴリー１：眼科医（日本眼科学会専門医または専門医志向者）

□　カテゴリー２：カテゴリー１以外の医師、教育・研究機関等の研究者

□　カテゴリー３：視能訓練士、看護師、臨床検査技師、医療事務、その他

* 非会員　￥3,500

メール送信日　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | **E-mail（必ず記入してください）** | |
| 氏 　名 |  |
| ふりがな |  | 職種 |  |
| 勤 務 先 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　－  電話　　　　　　　　　　　　FAX | | |
| 連絡先が勤務先以外の場合 | 〒　　　－  電話　　　　　　　　　　　　FAX | | |

～　事前登録までの流れ　～

1. **本参加登録証をメールに添付して事務局に送信してください\*。**（[shikaku@kitasato-u.ac.jp](mailto:shikaku@kitasato-u.ac.jp)）

\*PDFまたは文字が読めればJPEGでも構いません

1. 後日事務局より**参加登録番号**および**振込先**を**メールにて**お知らせします。
2. お近くの金融機関から**参加登録番号**および**氏名**を入力し、振込先に参加費を振込み下さい。
3. 事務局で振込みを確認した後、参加登録完了の旨を**メールにて**お知らせします。領収証が必要な方はご連絡ください。

問い合わせ先

北里大学医学部眼科内　視覚生理学基礎セミナー事務局

〒２５２－０３７４　神奈川県相模原市南区北里１－１５－１

E-mail：[shikaku@kitasato-u.ac.jp](mailto:shikaku@kitasato-u.ac.jp)　　　　　　　　　**＊問い合わせはメールでお願いします。**