

第6回日本視野学会学術集会 登録区分証明書

初期臨床研修医、学生、コ・メディカル等のカテゴリーで参加を申し込む方は、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、必要事項を記入後、当日登録受付にご提出ください。
ただし、日本視野学会会員の方は不要です。

フリガナ()

氏名

所属

上記の者は、[学生、留学生、初期臨床研修医、医師以外の大学院生、コ・メディカル]であることを証明する。

※該当する区分を○で囲ってください

主任教授 又は 所属長 氏名

印

◆(社)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。

視能訓練士会 会員番号

<登録者記入欄>

登録日	年 月 日
住所	〒 -
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	

<お問い合わせ>

第6回日本視野学会学術集会 開催事務局:秋田大学大学院医学系研究科 眼科学講座
〒010-8543 秋田県秋田市本道一丁目1番1号
TEL : 018-884-6166 FAX : 018-836-2621
E-mail jps2017@med.akita-u.ac.jp