

第41回日本眼薬理学会 登録区分証明書

第41回日本眼薬理学会 運営事務局 行

E-mail: jsop2021@congre.co.jp

薬剤師、看護師、視能訓練士、後期研修医、医師の大学院生・初期研修医のカテゴリーで参加登録をされる方は、以下の「登録者記入欄」、「登録区分証明欄」をご記入の上、以下の通りご対応ください。

事前参加登録後、メールに本証明書を添付して運営事務局にお送りください。

※本証明書のみを送付では参加登録の完了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）			
部局（部科）			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

登録区分証明欄 ①～③にご記入もしくは添付ください。

①【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】 ※研修医、医師の大学院生、コ・メディカルは必須

上記の者は、当施設における、_____であることを証明する。

2021年 月 日

主任教授または所属長のサイン 氏名 _____ 印

②（公社）日本視能訓練士協会会員の方

※特定の職場に勤務していない場合など 所属長の証明を取得できない方のみ、会員番号を記入ください。

（公社）日本視能訓練士協会 会員番号 _____

③【学生証のコピー添付欄】 ※学生の方のみ

学生証のコピーを貼り付けてください
(大学院生は、①の記入が必須です)

【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41回日本眼薬理学会 運営事務局（株式会社コングレ 内）

Email: jsop2021@congre.co.jp

〈運営事務局使用欄〉

受付日

受付番号