

第 40 回日本眼科手術学会学術総会 運営事務局 行  
 Fax : 03-3263-8693 Email : jsos40@c-linkage.co.jp

第 40 回日本眼科手術学会学術総会  
 登録区分（大学院生、コメディカル）証明書

大学院生、コメディカルのカテゴリーで事前参加登録を申し込む方は、主任教授もしくは所属長の署名、捺印をもらい、必要事項を記入後、第 40 回日本眼科手術学会学術総会運営事務局（株式会社コンベンションリンクージ）へ FAX またはメールに添付してお送りください。

日本眼科手術学会     会員     非会員    ※いずれかの口に✓印をお付けください

フリガナ

会員番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

上記の者は、[大学院生 ・ コメディカル] であることを証明する。※いずれか○で囲ってください

2016 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

主任教授 又は 所属長 氏名 \_\_\_\_\_ 印

登録者記入欄（以下をご記入ください）

事前参加 登録方法	<input type="checkbox"/> オンライン登録 登録日 2016 年 ____ 月 ____ 日		
	<input type="checkbox"/> 郵便払込用紙 振込日 2016 年 ____ 月 ____ 日		
住 所	〒 _____		
電話番号		FAX 番号	
E-mail アドレス			

（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。

日本視能訓練士協会 会員番号 \_\_\_\_\_

【お問い合わせ先】

第 40 回日本眼科手術学会学術総会 運営事務局

株式会社コンベンションリンクージ

〒102-0075 東京都千代田区三番町 2 三番町 KS ビル

TEL : 03-3263-8688 FAX : 03-3263-8693 E-Mail : jsos40@c-linkage.co.jp