

日本小児眼科学会入会申込書

入会年度： _____年度 (*は事務局記入)

日本小児眼科学会の一年は毎年1月1日より12月31日までとなっております。

名簿に記載しない項目には×印をお付けください。

会費：5,000円/年

送付先：〒567-0047 大阪府茨木市美穂ヶ丘3-6-302 日本小児眼科学会事務局

ふりがな			* 会員番号
氏名	Ⓜ		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男性 女性
身分	() 医師 (日眼専門医認定番号または医師免許証番号：) () その他 ()		
勤務先名	所属科名までご記入お願いします。		
勤務先住所	〒		
	TEL:	FAX:	
	E-Mail:		
自宅住所	〒		
	TEL:	FAX:	
	E-Mail:		
書類等の送付先	勤務先 ・ 自宅 ・ その他 (その他の場合は下記に記入のこと) (いずれかに○印。○印がない場合は勤務先に送付します) 〒		

日本小児眼科学会に入会を申し込みます。

_____年 _____月 _____日 _____署名

受取日 * _____年 _____月 _____日