

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 氏名			* 会員番号	
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