

# 日本小児眼科学会入会申込書（視能訓練士会員）

※ 申込書は郵送にてお送り下さい。

※ 本会員年間会費：3,000 円

（入会申込書が届いたら、請求書と振替用紙を送付いたします）

※ 本会の会計年度は毎年1月1日に始まり12月31日に終わるものである

日本小児眼科学会事務局：〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘 3-6 山本ビル 302 号室

TEL：072-623-7878

西暦	年度入会	書類提出日	西暦	年	月	日
フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名	Ⓜ	資格	視能訓練士			
最終学歴	(西暦 年 月 卒)					
勤務先	名称	所属科名までご記入ください。				
	〒	_____				
	TEL :	FAX :				
	E-mail	_____				
自宅・住所	〒	_____				
	TEL :	FAX :				
	E-mail	_____				
	書類送付先：勤務先（開業先）・自宅・その他 (希望先に○を、その他の場合は備考欄に送付先を記入して下さい)					
主な所属学会名 研究会名						
備考	視能訓練士協会会員番号：		または、視能訓練士免許証番号：			

私は \_\_\_\_\_ 氏を日本小児眼科学会の会員に推薦いたします。

住所 〒

推薦医師 署名 \_\_\_\_\_ 印

事務局記入欄

受領日	年	月	日	会員番号	
-----	---	---	---	------	--