

日本小児眼科学会入会申込書

入会年度：_____年度

- 連絡がつくメールアドレスを必ずご記入ください
- 名簿欄に×が無い場合、「会員番号・都道府県・職名・氏名・病院名」が記載されます
- 会費：5,000円/年 (1年度：1/1～12/31)
- 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

(* は事務局記入)

ふりがな 氏名			®	* 会員番号	名簿
生年月日	西暦	年	月	日	性別
					男性 女性
身分	<input type="checkbox"/> 医師(日眼専門医認定番号または医師免許証番号： <input type="checkbox"/> その他()				名簿
勤務先名	所属科名までご記入をお願いします。				名簿
勤務先住所	〒 TEL: FAX: E-Mail:				
自宅住所	〒 TEL: FAX: E-Mail:				
書類送付先	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

領収日

*

年

月

日