

日本小眼科学会入会申込書 (視能訓練士)

- ▶ 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: 3,000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

西暦		年度入会	書類提出日		年	月	日
ふりがな			生年月日	年	月	日	名簿
氏名	Ⓜ		性別	男性	女性		
			資格	視能訓練士			
最終学歴		(西暦 年 月卒)					
勤務・開業先	名称	所属科名までご記入ください					名簿
	〒						
		TEL:	FAX:				
		E-mail :					
自宅	〒						
	TEL:	FAX:					
		E-mail :					
書類送付先	勤務先・自宅・その他 (その他の場合は備考欄に。○が無い場合は勤務先に送ります)						
主な所属学名 研究会名							
視能訓練士協会会員番号		または		視能訓練士免許証番号			
備考							

私は _____ 氏を日本小児眼科学会に推薦いたします。

住所 〒 _____

主任医師署名 _____ Ⓜ

領収日	年	月	日	会員番号	
-----	---	---	---	------	--