当日登録用

※必要事項をご記入の上、学会当日にご持参ください。

第6回日本眼科アレルギー学会学術集会登録区分
（研修医・メディカルスタッフ）証明書

この証明書が提出されていない場合、本カテゴリーでは受付いたしかねますので、ご注意ください。

研修医・メディカルスタッフのカテゴリーで参加を申し込む方は、主任教授もしくは所属長の署名、捺印を もらい、必要事項を記入の上、当日登録受付にご提出ください。

日本眼科アレルギー学会　　□　会員　　□非会員

ﾌﾘｶﾞﾅ（　　）

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、〔研修医・メディカルスタッフ〕であることを証明する。

※該当する区分を〇で囲ってください。

令和　　年　　月　　日

主任教授　又は　所属長　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

登録者記入欄

登 録 日	年　　月　　日
住　所	〒　　－
電話番号	
ＦＡＸ番号	
Email アドレス	

お問い合わせ

<第6回日本眼科アレルギー学会学術集会 運営事務局>

〒169-0075　東京都新宿区高田馬場 2-4-7 スタッフルームタケムラ有限会社内

TEL：03-5287-3801　/　FAX：03-5287-3802　/　E-mail：joas_secretariat@staffroom.jp