

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8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 категория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

フリガナ ()

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○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	〒 ー
電話番号	
F A X 番号	
Email アドレス	

お問い合わせ

日本眼科アレルギー学会事務局

〒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