

第54回日本神経眼科学会総会
大学・専門学校生(医療系) 証明書

第54回日本神経眼科学会総会 事務局 宛
FAX:0985-84-2065

下記に学生証のコピーを添付し、必要事項をご記入の上、事務局までFAXにてお送りください。

学生証コピー添付

フリガナ 参加者氏名			
所属			
TEL		FAX	
E-mail			
入金日	月 日頃		
※ 必ずご入金後に本証明書をお送りください。本証明書のみでの送付では事前登録の完了にはなりませんので、ご注意ください。			

【個人情報の取り扱いについて】

本会の参加登録の際にお預かりいたしました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません。
また、ご登録いただいた個人情報は、厳重に管理いたします。

<お問合せ先>

第54回日本神経眼科学会総会 事務局
宮崎大学医学部眼科
〒889-1692 宮崎市清武町木原5200
TEL:0985-85-2806 FAX:0985-84-2065
E-mail:54janos@med.miyazaki-u.ac.jp

<事務局使用欄>

受付日	受付番号