

**第87回九州眼科学会  
研修医・留学生・コメディカル等 証明書**

第87回九州眼科学会 事務局 宛  
FAX:0985-84-2065

研修医・留学生・コメディカルのカテゴリーで参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名、捺印の上、事務局までFAXにてお送りください。

※郵便払込用紙に署名済の方は、この用紙の提出は不要です。

フリガナ 参加者氏名			
所属 (勤務先)			
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。

上記の者は、当施設における、(研修医／留学生／コメディカル等)であることを証明する。  
※該当するカテゴリーを○で囲んでください。

2017年 月 日

主任教授または所属長 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

**(社)日本視能訓練士協会 会員の方へ**

※特定の職場に勤務していない方や何らかの事情で所属長の証明を取得できない方は、会員番号を記入してください。

日本視能訓練士協会 会員番号 \_\_\_\_\_

【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87回九州眼科学会 事務局  
宮崎大学医学部眼科学教室  
〒889-1692 宮崎市清武町木原5200番地  
TEL:0985-85-2806 FAX:0985-84-2065  
E-mail: kyugan2017@med.miyazaki-u.ac.jp

＜事務局使用欄＞

受付日	受付番号