

登録票 2

初期臨床研修医、ORT、 コメディカルスタッフ、 学生用

第1回日本視能学会学術集会 登録区分証明書

登録区分 初期臨床研修医、 ORT、 コメディカルスタッフ、 学生

フリガナ()

氏名 _____

所属 _____

上記の者は、〔初期臨床研修医、 ORT、 コメディカルスタッフ、 学生〕
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。

年 月 日

主任教授 又は 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 _____

登録者記入欄

住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail	