当日登録用

第23回国際視野画像学会・第7回日本視野学会学術集会　登録区分証明

初期臨床研修医、学生、コ・メディカル等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、必要事項を記入後、当日登録受付にご提出ください。

IPS（Imaging and Perimetry Sociey）　□会員　□非会員

フリガナ（　　）

会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、〔 学生 、留学生、初期臨床研修医、医師以外の大学院生、コ・メディカル 〕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。

視能訓練士協会　　会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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23回国際視野画像学会・第7回日本視野学会学術集会　運営事務局＞
〒541-0047　大阪市中央区淡路町3-6-13 株式会社コングレ内
TEL: 06-6229-2561　FAX: 06-6229-2556　E-Mail: ips-jps2018@congre.co.jp
受付時間：10:00-18:00（土・日・祝 休）