

第2回日本視野学会学術集会 登録区分証明書

初期臨床研修医、視能訓練士、看護師、医療検査または医療事務に従事する者等、学生用

登録区分 初期臨床研修医、看護師、医療検査または医療事務に従事する者等、学生

フリガナ()

氏名 _____

所属 _____

上記の者は、〔初期臨床研修医、看護師、医療検査または医療事務に従事する者等、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 | |