

第36回日本眼腫瘍学会

登録区分証明書（当日登録用）

初期研修医、コメディカル、医師以外の大学院生用

以下の、登録者記入欄、登録区分証明欄にご記入の上、当日登録の際に提出してください

登録者記入欄

フリガナ 参加者氏名		登録区分 (該当区分を○で囲んでください)	
		初期研修医	
		コメディカル	
		医師以外の大学院生	
所属（勤務先）			
TEL		FAX	
E-mail			

登録区分証明欄

【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】

上記の者は、当施設における、_____であることを証明する。

年 月 日

主任教授または所属長 氏名 _____ 印

【個人情報の取扱いについて】

本会の参加登録の際にお預かりしました内容は、本会運営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、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

〈お問い合わせ先〉

第36回日本眼腫瘍学会事務局
〒920-8641 金沢市宝町13-1 金沢大学眼科内
TEL：076-265-2403 FAX：076-222-9660
E-mail：jsoo2018@med.kanazawa-u.ac.jp

〈事務局使用欄〉

受付日		受付番号	
-----	--	------	--