

第 44 回日本眼薬理学会
登録区分証明書

薬剤師、看護師、視能訓練士、後期研修医、医師の大学院生、初期研修医、学生（医師以外の大学院生含む）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・捺印後、オンライン登録時にアップロードしてください。

登録者記入欄			
フリガナ			
氏名			
所属（勤務先）			
部局（部科）			
電話番号		FAX 番号	
E-mail			

登録区分証明欄
① 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。 2024 年 月 日 主任教授または所属長のサイン 氏名 印
②（公社）日本視能訓練士協会会員の方 （公社）日本視能訓練士協会 会員番号 _____
③学生証のコピー添付欄 ※学生の方のみ <p style="text-align: center;">学生証のコピーを貼り付けてください （大学院生は、①の記入が必須です）</p>

【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、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

<お問合せ先>

第 44 回日本眼薬理学会 運営事務局

E-mail: ganyakuri44@kitasato-u.ac.jp

受付日		受付番号	
-----	--	------	--