**第9回 視覚生理学基礎セミナー　参加登録証**

該当する項目に☑を入れて、以下の必要項目をご記入の上、本参加登録証をメールに添付し事務局へ送信してください。（shikaku-kiso@med.kindai.ac.jp）

* 日本視野画像学会会員　￥2,500　**会員番号：**

□　カテゴリー１：眼科医（日本眼科学会専門医または専門医志向者）

□　カテゴリー２：カテゴリー１以外の医師、教育・研究機関等の研究者

□　カテゴリー３：視能訓練士、看護師、臨床検査技師、医療事務、その他

* 非会員　￥3,500

メール送信日　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | **E-mail（必ず記入してください）** | |
| 氏 　名 |  | |
| ふりがな |  | | | |
| 勤 務 先 |  | | | |
| 職種 |  | **日本眼科学会専門医番号** | |  |
| 勤務先住所 | 〒  電話 | | | |
| 連絡先が勤務先以外の場合 | 〒  電話 | | | |

＜事前登録までの流れ＞

1. 参加登録証をメールに添付して事務局に送信してください。（[shikaku-kiso@](mailto:shikaku-kiso@)med.kindai.ac.jp）

　Word、PDF、または文字が読めればJPEGでも構いません

1. 後日事務局より参加登録番号および振込先をメールにてお知らせします。
2. お近くの金融機関から参加登録番号→氏名の順で入力し、振込先に参加費を振込。
3. 振込みを確認した後、参加登録完了の旨をメールにてお知らせいたします。

※振込明細書が領収書となります。学会名記載の領収書をご希望の方は当日受付へお申し出ください。

問い合わせ先

近畿大学医学部眼科内　視覚生理学基礎セミナー事務局　担当：成田　竜

〒589-8511　大阪狭山市大野東377-2

E-mail：[shikaku-kiso@med.kindai.ac.jp](mailto:shikaku-kiso@med.kindai.ac.jp)　　　　**＊問い合わせはメールでお願いします。**