

日本白内障学会 入会申込書

ふりがな 氏名 Name	※必ずふりがなを付けてください。	生年月日 Date of Birth	年 月 日生
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	発送先 Mailing for	<input type="checkbox"/> 勤務先 Office <input type="checkbox"/> 自宅 Home

勤務先 開業先 Office	
同住所 Office Address	〒 Tel () - / Fax () - E-Mail 事務局からの連絡等メールで行っております。なるべくお知らせください。

自宅住所 Home Address	〒 Tel () - / Fax () - E-Mail 事務局からの連絡等メールで行っております。なるべくお知らせください。
----------------------	---

身分が次の(1)～(6)に該当する場合は該当箇所に○をつけ、主任教授、所属長等の署名を要します。
(1) 大学院生 (2) 前・後期研修医 (3) 博士研究員 (4) 看護師 (5) 視能訓練士 (6) 学部学生

主任教授、所属長署名 _____ 印

私は貴会の趣旨に賛同し、所定の年会費を添えて入会を申し込みます。

年 月 日

署名 _____ 印
Signature

※事務局使用欄

※年会費振込	※入会承認日	※会員番号	※備考