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	□男 Male　□女 Female	発　送　先 Mailing for	□勤務先 Office　□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