

当日登録用

※必要事項をご記入の上、学会当日にご持参ください。

第4回日本眼科アレルギー学会学術集会
登録区分（研修医・コメディカル）証明書

この証明書が提出されていない場合、本カテゴリーでは受付いたしかねますので、ご注意ください。

研修医・コメディカルのカテゴリーで参加を申し込む方は、主任教授もしくは所属長の署名、捺印を
もらい、必要事項を記入の上、当日登録受付にご提出ください。

日本眼科アレルギー学会 会員 非会員

フリガナ（ ）
会員番号 _____ 氏名 _____

所属 _____

上記の者は、[研修医・コメディカル]であることを証明する。

※該当する区分を○で囲ってください。

平成 年 月 日

主任教授 又は 所属長 氏名 _____ 印 _____

登録者記入欄

登録日	年 月 日
住所	〒 _____
電話番号	
FAX番号	
Emailアドレス	

お問い合わせ

<第1回日本眼科アレルギー学会学術集会 運営事務局>

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 2-4-7 スタッフルームタケムラ有限会社内

TEL : 03-5287-3801 / FAX : 03-5287-3802 / E-mail : joas_secretariat@staffroom.jp