

第4回 日本眼科アレルギー学会学術集会

当日登録用紙

所 属 _____

フリガナ
氏 名 _____

TEL _____ () _____ FAX _____ () _____

<input type="checkbox"/> 会員(医師・企業研究員)	12,000 円
<input type="checkbox"/> 非会員(医師・企業職員)	15,000 円
<input type="checkbox"/> 初期臨床研修医・学生 (※)	5,000 円
<input type="checkbox"/> コメディカル (※)	5,000 円
(※) コメディカルは視能訓練士、薬剤師、看護師等を含む医師以外です。 初期臨床研修医・コメディカル・学生の方は、所属長の証明が必要となります。	