

第 24 回眼創傷治癒研究会 事務局(みやた眼科 下迫)行

Fax:082-276-1345

職種／所属証明書
(研修医専攻医・大学院生・O R T・留学生・コメディカル)

必要事項記入と主任教授 又は 所属長の署名捺印を貰い、事務局まで Fax もしくは
研究会ホームページから参加登録時にアップロードしてください。(PDF・Word・JPEG)
(参加登録後の場合、演題登録ページからのアップロードでも構いません。)

日本眼科学会会員 会員(会員番号_____) 非会員

登録区分 研修医専攻医 大学院生 O R T 留学生

コメディカル(職種_____)

フリガナ

氏名_____

所属_____

上記の物はされた登録区分であることを証明する。

20 年 月 日 _____

主任教授 又は 所属長 氏名 _____①

登録者記入欄

事前登録	オンライン登録日 20 年 月 日		
	参加費振込日 20 年 月 日		
抄録送付先住所	〒 _____		
電話番号		FAX 番号	
E-Mail	@ _____		

【お問い合わせ先】

第 24 回眼創傷治癒研究会 事務局(みやた眼科 下迫)

〒733-0842 広島市西区井口4-2-34

Tel:082-276-1166 Fax:082-276-1345

Mail:info1@gan-sosho-chiyu2020.com