

公益社団法人 日本白内障屈折矯正手術学会 入会申込書

*印の欄は必ずご記入下さい。

*会員区分	<input type="checkbox"/> A 会員 (日眼会員) <input type="checkbox"/> B 会員 (A 会員以外)	*生年月日	西暦 年 月 日
*フリガナ		* 英文氏名	
*氏 名		* 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
*勤務先	〒		
	TEL () - FAX () -		
自 宅	〒		
	TEL () - FAX () -		
*E-mail			
*職 業 (該当する□ にレ印)	<input type="checkbox"/> 眼科医	日本眼科学会会員番号	() <input type="checkbox"/> 未入会
	<input type="checkbox"/> 非眼科医師	主な標榜分野	
	<input type="checkbox"/> その他	具体的な職業	
*履 歴	最終学歴	西暦	年
	現 職	西暦	年現在
*IOL&RS (学会誌)の送付	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
*専門分野	<input type="checkbox"/> 白内障 IOL 手術 <input type="checkbox"/> 屈折手術 <input type="checkbox"/> その他 (複数選択可)		
*文書等送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		

以上の通り入会を申し込みます。なお、必要がある場合、個人登録情報及びウェブサイトの管理情報について、J S C R S 事務局が登録、変更等の手続きを行うことに同意いたします。

西暦 年 月 日

申込人署名 _____

事務局使用欄	
受領日 _____	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px;">会員番号</div>