

日本角膜学会入会申込書（眼科医師・医師用）

入会年度：_____年

★ 入会申込送付先：〒567-0047 大阪府茨木市美穂ヶ丘3-6-302
日本角膜学会事務局

（*は事務局記入）

入会申込	平成 年 月 日	会員番号	*
氏名ローマ字			
氏名	(印)		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男性 女性
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		勤務先 FAX	
勤務先 E-mail			
自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
自宅 E-mail			
文書送付先	自宅 ・ 勤務先 （希望先を○で囲んでください）		
卒業大学	大学 昭和・平成 年 卒業		
診療科目	眼科 それ以外() 眼科以外の方はご記入下さい。		
眼科専門医・認定番号または志向番号 第 号	主な所属学会 名・研究会名		
推薦者	日本角膜学会評議員 大学眼科教授 (該当箇所を○を)		
	ご所属・ご芳名 (自著)		
(印)			

*事務局記入

受領日	年 月 日	入会日	年 月 日
-----	-------	-----	-------