日本眼感染症学会入会申込書

※　申込書は、下記の申込書送付先まで郵送して下さい。

※　年間会費：5,000 円　入会審査後に振替用紙をお送りいたします。

(　　年度入会)　　申込年月日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	㊞	生年月日 年　　月　　日	男 女
最終学歴		(　　年　　月　卒)	
勤務・開業先	名称	役職	
	〒 TEL (　　) －　　－　　FAX(　　) －　　－ E-mail		
自宅・住所	〒 TEL (　　) －　　－　　FAX(　　) －　　－ E-mail		
書類送付先：勤務先（開業先）・自宅・その他（希望先に○を、その他の場合は備考欄に）			
主な所属学会名・研究会名			
備考	日本眼科学会専門医認定番号　(　　)		

事務局記入欄

受領日	年　　月　　日	会員番号	

申込書送付先：〒567-0047 大阪府茨木市美穂ケ丘 3-6-302　日本眼感染症学会事務局 宛

TEL：072-623-7878　FAX：072-623-6060　Email：folia@hcn.zaq.ne.jp