

日本眼感染症学会入会申込書

- 連絡がつくメールアドレスを必ずご記入ください
- 入会審査・ご入金・登録手続き完了後に会員番号を発行いたします。
- 会費:7,000円/年（会期：4/1～3/31）
- 送付先:〒567-0047 大阪府茨木市美穂ヶ丘3-6-302 日本眼感染症学会事務局

西暦		年度入会		書類提出日		年	月	日
フリガナ				生年月日	西暦	年	月	日
氏名				性別	男性 女性			
				役職				
最終学歴		(西暦 年 月卒)						
勤務・開業先	名称	所属科名までご記入ください						
	〒							
		TEL:		FAX:				
		E-mail :						
自宅	〒							
	TEL:		FAX:					
		E-mail :						
書類送付先		勤務先・自宅・その他（その他の場合は備考欄に。○が無い場合は勤務先に送ります）						
主な 所属学会名 研究会名		有	どちらかに○を。有の場合はその名称もご記入ください					
		無						
医籍番号 または 日眼専門医番号								
備考								

事務局記入欄

領収日	年	月	日	会員番号	
-----	---	---	---	------	--