眼科臨床実践講座 2024　登録区分証明書

眼科臨床実践講座 2024　事務局 宛

以下枠内、「登録者記入」および「登録区分証明欄」をご記入の上、眼科臨床実践講座 2024 事務局にメールで送付してください。事務局にメール送付をしないと、参加受付が完了しませんので事前にご準備をお願いいたします。
登録区分証明書　送付先メールアドレス　：　jimukyoku@grjk-ondemand.jp

登録者記入

（ふりがな）	
氏名	
所属（勤務先）	
TEL	
E-mail	

登録区分証明欄　①〜②にご記入ください。

①　**【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】**

※公益社団法人日本視能訓練士協会会員の方で、現在特定の職場に勤務していない等、やむを得ない理由で所属長の証明を取得できない場合は、下部②に会員番号と証明を取得できない理由をご記入ください。

上記の者は、当施設におけるコメディカル・専攻医(専攻医 4 年目まで)・大学院生・研修医(初期研修 2 年目まで)であることを証明する。（上記、該当箇所を〇で囲んでください）

2024 年　　月　　日
主任教授または所属長　　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

②　**（公社）日本視能訓練士協会会員の方**

（公社）日本視能訓練士協会　　　　会員番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属長の証明を取得できない理由（必須）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【個人情報の取り扱いについて】　本会の参加登録の際にお預かり致しました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません。また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ厳重に管理いたします。

<お問合せ先>　眼科臨床実践講座 2024 事務局（株式会社東急エージェンシー内）
TEL：03-5544-9983
E-mail：jimukyoku@grjk-ondemand.jp

<事務局使用欄>

受付日		返信日	