# 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 （2020 年からは 7,000 円になります。）
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<br>氏　名 | ㊞ | 生年月日<br>年　　月　　日 | 男<br>女 |
| 最終学歴 | （　　年　　月　卒） | | |
| 勤務・開業先 | 名称 | 役職 | |
| | 〒<br>TEL（　　）－　　－　　FAX(　　）－　　－<br>E-mail | | |
| 自宅・住所 | 〒<br>TEL（　　）－　　－　　FAX(　　）－　　－<br>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<br>・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