

# 日本弱視斜視学会入会申込書

※ 申込書は郵送にてお送り下さい。

※ 入会金：5,000 円 本会員年間会費：5,000 円

(入会申込書が届いたら、請求書と振替用紙を送付いたします)

※ 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わるものとする (会則第14条)

日本弱視斜視学会事務局：567-0047 茨木市美穂ヶ丘 3-6 山本ビル 302 号室

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

西暦	年度入会	書類提出日	年	月	日
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	④	資格 (該当箇所に○) 1.医師 2.視能訓練士 3.その他( )			
最終学歴	( 年 月 卒)				
勤務・開業先	名	所属科名までご記入ください。			
	〒	_____			
	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	日眼専門医認定番号：		または、医師免許証番号：		
	視能訓練士協会会員番号：		または、視能訓練士免許証番号：		

事務局記入欄

受領日	年	月	日	会員番号	
-----	---	---	---	------	--