

入会申込書（正会員）

西暦 年 月 日

入会案内の内容を理解し、日本眼科写真協会への入会を申し込みます。

フリガナ お名前	生年月日		西暦	年	月	日
	性別		男	女	年齢	歳
自宅	住所	〒				
	電話番号					
メールアドレス		PC用メールアドレスのご登録をお願いします。				
勤務先	フリガナ					
	名称 (省略せず)					
	住所	〒				
	電話番号					
職種 (○で囲む)	医師 看護師 視能訓練士 臨床検査技師 医療機器メーカー その他_____					
郵送先 (○で囲む)	自宅 勤務先					

差し支えなければ、下記もご回答ください。

写真経験年数	眼科領域に関する写真_____年 その他の写真_____年
当協会以外の 所属学会・団体	

記入いただいた個人情報は、当協会の郵便物、行事案内、緊急連絡以外の目的には使用致しません。