

A 主任教授 又は 所属長による証明

第3回日本眼科アレルギー学会学術集会  
登録区分(研修医・コメディカル(看護師等)) 証明書

研修医・コメディカル(看護師等)のカテゴリーで参加登録される方は、  
必要事項を記入し、主任教授もしくは所属長の署名、捺印のうえ、ご提出ください。

事前登録の方へ

◆参加費をお振込み後、運営事務局へ FAX かメールで、事前参加登録締切日までにお送りください。  
この証明書が提出されていない場合、参加証およびプログラム・抄録集は送付されませんのでご注意ください。

Fax: 092-716-7143 (添付状不要。本証明書のみお送りください。)

E-mail: joas2020@congre.co.jp

連絡先 TEL

連絡先 E-mail

日本眼科アレルギー学会  会員  非会員

会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (ふりがな \_\_\_\_\_)

所属 \_\_\_\_\_

【該当する区分を○で囲ってください。】

上記の者は、〔 研修医・コメディカル( \_\_\_\_\_ ) 〕であることを証明する。

2020 年 月 日

主任教授 又は 所属長 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【送付・お問い合わせ先】

<第3回日本眼科アレルギー学会学術集会 運営事務局>  
〒810-0001 福岡市中央区天神 1-9-17-11F 株式会社コングレ 九州支社内  
TEL: 092-716-7116 / FAX: 092-716-7143 / E-mail: joas2020@congre.co.jp