第 13 回日本眼形成再建外科学会学術集会
登録区分（専攻医・研修医・学生）証明書

専攻医（卒後 3 年目）・研修医（卒後 1，2 年目）、学生（医療系）* の区分で参加登録をされる方は、下記に必要事項をご記入後、主任教授もしくは所属長の署名、捺印のうえ運営事務局にメール添付または FAX にてお送りください。

*「学生」は、学部学生に限り、大学院生は含まれません。

* 学生の方は、学生証のデータをアップロードする場合は、本用紙のアップロードは不要です。

※本証明書の送付のみでは参加登録にはなりませんので、ご注意ください。

■登録者記入欄

フリガナ			
氏　名			
所属（勤務先）			
電話番号		FAX	
e-mail			

■登録区分証明欄

【主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄】

上記の者は、当施設における、

〔 専攻医（卒後 3 年目）・研修医（卒後 1，2 年目）・学生（医療系）〕

であることを証明する。　※該当する区分を〇で囲んでください。

年　　月　　日

主任教授または所属長

職名　　氏　名　　㊞

【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いたしました内容は、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 >
第 13 回日本眼形成再建外科学会学術集会　運営事務局　株式会社歳時記屋
E-mail: info@jsoprs2026.com　TEL: 088-882-0333 FAX: 088-882-0322
＜受付時間：平日 10:00〜18:00（休：土・日・祝日）＞