

日本涙道・涙液学会 入会申込書

正会員

※申込書は、下記の申込送付先まで郵送もしくはFAX・E-mailにてお送り下さい。

※名簿に掲載しないしてほしいと思われる項目には×印をお付け下さい。

※本申込書の受付完了次第、会費（5,000円/年）のご案内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 氏名	印		生年月日	年	月	日	男 女
勤務・開業先	名称	※所属科名までご記入ください。			役職		
	〒						
	TEL	FAX					
	E-mail	URL					
自宅住所	〒						
	TEL	FAX					
	E-mail						
書類送付先： 勤務先（開業先） ・ 自宅（希望先に○）							
メーリングリストへの参加希望（有・無） 登録E-mail							
涙道外来をおこなっている施設・医師一覧（学会HP）への掲載希望（有・無）（希望先に○） 掲載内容： 実施手術： 涙道チューブ挿入術 ・ 涙嚢鼻腔吻合術（実施手術に○） その他掲載希望（非常勤）の施設： 施設名： 実施手術： 涙道チューブ挿入術 ・ 涙嚢鼻腔吻合術（実施手術に○） TEL： FAX： URL：							

<個人情報の利用目的>

日本涙道・涙液学会は、保有する会員の個人情報を本学会の運営・業務遂行の目的以外には利用いたしません。

<個人情報の第三者提供について>

原則として、個人情報につきまして法令に定められている場合を除き、本人の同意なく第三者への提供は行いませんが、下記の利用目的の場合のみ提供する場合があります。

- (1) 本会学会活動に関連する他学術団体から情報提供依頼があり、また理事長が認めた場合
- (2) 公益社団法人日本眼科学会への関連学会申請の為の書類作成の場合

申込書送付先： 日本涙道・涙液学会事務局
〒541-0056 大阪府大阪市中央区久太郎町 2-1-25 JTBビル7階
(株)JTBコミュニケーションデザイン ミーティング & コンベンション事業部内
TEL:06-4964-8869 FAX:06-4964-8804 E-mail:lacrimonal-tear@jtbcom.co.jp

事務局記入欄

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