

日本涙道・涙液学会 入会申込書

準会員

※入会申込書は、下記の申込送付先までお送りください。(郵送/FAX/メール添付)

※年間会費：3,000 円

申込年月日 年 月 日

フリガナ 氏名			生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
卒業 年度	年 月卒			
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			
自宅住所	〒			
	TEL		FAX	
	E-mail			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先（開業先） ・ <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 （その他の場合、詳細は備考欄へ）			
推薦者				
メーリング リストへの 参加希望	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(有りの場合は下にメールアドレスを書いてください)		

<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

ver. 2018.05

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