

日本涙道・涙液学会 事務局行
E-mail : lacrimal-tear@jtbcom.co.jp
FAX : 06-4964-8804

*E メール添付または FAX にてご提出ください

日本涙道・涙液学会

登録内容変更届

届出年月日

年 月 日

フリガナ

氏名

印

会員番号

現在の登録種別にチェックを入れてください

正会員 準会員 法人会員

変更希望の項目にチェックを入れてください

勤務先 自宅 メールアドレス 掲示板システム登録メールアドレス
学会ホームページ内「涙道外来をおこなっている施設・医師一覧」掲載内容

勤務先	旧施設名 :			
	新施設名 : ※所属科名までご記入ください 住所 : TEL: FAX:			
自 宅	旧住所 : TEL: FAX:			
	新住所 : TEL: FAX:			
通 常 メールアドレス	@			
掲示板 メールアドレス	@			
学会 HP 内 涙道外来 施設・ 医師一覧 掲載内容	施設名 : TEL:			
	<input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 修正 ※修正の場合は以下に内容をご記入ください			
	常勤・非常勤 (いずれかに○)			
	URL:			
	<table border="1"> <tr> <td>涙管チューブ挿入術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず</td> <td>涙嚢鼻腔吻合術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず</td> </tr> </table>		涙管チューブ挿入術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず	涙嚢鼻腔吻合術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず
	涙管チューブ挿入術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず	涙嚢鼻腔吻合術 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施せず		
	備考欄			

事務局記入欄

ver. 2025. 12

受領日	年 月 日	会員番号
-----	-------	------

日本涙道・涙液学会 事務局

〒530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜一丁目1番27号 堂島浜タワー5階 (株)JTBコミュニケーションズ サイン コンベンション第二事業局内
TEL : 06-4964-8869 Email : lacrimal-tear@jtbcom.co.jp