日本近視学会　正会員入会申込書（医師用）

※下記、太枠内をご記入ください。

フリガナ			生年月日	西暦　　年　　月　　日
氏　名			性別	男　・　女
			区分	□ 眼科医 □ その他（　　）
E-mail	@			
自　宅	自宅住所	〒（　　－　　）		
	TEL			
勤務先	勤務先名	*所属科課名までご記入ください。		
	勤務先住所	〒（　　－　　）		
	TEL		FAX	
郵送物送付先	□ 勤務先　　□ 自宅　　（どちらかにチェックを付けて下さい。印がない場合は勤務先に送付します。）			

入会金・ご入会方法	入会金：5,000円　年会費：5,000円（日本近視学会の年度は4月1日～翌年3月31日です） 本書に必要事項をご記入の上、郵送、FAX、電子メールのいずれかの方法で 下記、事務局まで送付してください。受領後、お振込みの案内を郵送いたします。 **日本近視学会事務局** 〒532-0024 大阪市淀川区十三本町1-14-20　十三日和ビルＶ 3階　株式会社アイリサーチ内 TEL：06-6195-6723　FAX：06-6195-6732　Email：myopiasociety@eye-research.jp

<個人情報の利用目的>
日本近視学会は、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

以上に同意し、入会を申し込みます。

年　　月　　日　　申込者　　印

【事務局記入欄】

受付	データ入力	書類送付（会則、払込用紙）	年会費入金	会員番号通知	会員番号