**神経眼科相談医　登録更新申請書**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日 現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 神経眼科相談医番号 |
| 氏　　名 |  |  |
| 所　　属 |  | 専門領域(科) |
|  |
| HP掲載　　　□　可　　　　　□　否 |
| 連絡先及びカード送付先 | 　どちらかにチェックをしていただき、下記住所欄をご記入ください。* 所属先　　　□　自宅
 |
| 住 所 | 〒 |
| 　TEL |  (　　 　 　)　 　　 　－ |
| FAX | (　　 　 　)　 　　 　－ |
| E-mail |  |
|  | 更新料：10,000円　　ご希望のお支払い方法にチェックをご記入ください。□郵便振替　　【 会員専用サイトにて　□クレジットカード決済　　□銀行振込 】 |

|  |
| --- |
| 【事務局記入欄】 |
| 受付年月日：　　　 　年　　　月　　　日 | 更新料入金確認日： |

|  |
| --- |
| 【各種提出書類コピー貼付欄】　　　・ 神経眼科相談医登録期限内の日本神経眼科学会総会参加証（写）―　1回以上 ・ 日本神経眼科学会認定講習会 出席証明書（写）―　2単位以上 |