

## 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)	
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。 <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 郵便振替            【 会員専用サイトにて <input type="checkbox"/> クレジットカード決済 <input type="checkbox"/> 銀行振込 】			

<b>【事務局記入欄】</b>	
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