神経眼科相談医　登録更新申請書

（西暦）　　年　　月　　日 現在

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>神経眼科相談医番号</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">所　　属</td><td colspan="2"></td><td>専門領域(科)</td></tr>
<tr><td colspan="2">HP 掲載　　□　可　　□　否</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">連 絡 先
及び
カード送付先</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>TEL</td><td colspan="2">(　　)　　－</td></tr>
<tr><td>FAX</td><td colspan="2">(　　)　　－</td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">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 】</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">【事務局記入欄】</td></tr>
<tr><td>受付年月日：　　年　　月　　日</td><td>更新料入金確認日：</td></tr>
</table>

【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