

## 神経眼科上級相談医 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：5,000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
- ・ 有効期間内（5年以内）のNOKAPテスト合格証（写）－1回以上