

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)
	HP掲載 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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。 <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】		

【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
- ・有効期間内（5年以内）のNOKAPテスト合格証（写）－1回以上