

## 「角膜を専門とする医師」申告書

★ 連絡先：FAX 072-623-6060 E-mail folia@hcn.zaq.ne.jp

★ 会員記入欄（空欄の該当個所に○印を入れ、角膜の専門分野、日本眼科学会専門医制度認定番号をご記入下さい）

★ 申請書送付 年 月 日

<input type="checkbox"/>	日本角膜学会会員である	<input type="checkbox"/>	角膜・結膜疾患を専門としている (角膜の専門分野: )
<input type="checkbox"/>	日本眼科学会会員である	<input type="checkbox"/>	専門医制度認定医である (NO. )

★ 会員自己申告欄（掲載したい項目のみご記入下さい）

氏名	
所属	
住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail	

★事務局記入欄

角膜学会理事会承認欄	
------------	--