

日本ロービジョン学会入会申込書

兼会員登録書（兼変更届*）

*変更があった箇所のみご記入の上、事務局までご連絡ください。

申込日付	年 月 日
会員の種別	正 会 員
承 認	年 月 日
会員番号	

氏 名	(日本語)	生年月日 年 月 日	性別 男・女
	(ローマ字)		
自 宅	住所 〒 (日本語)	電話	
	(ローマ字)	FAX	
所 属 勤 務 先	名称 (部課まで詳しく) (日本語)	所属先における職名・地位 (日本語)	
	(英語)	(英語)	
	住所 〒 (日本語)	電話 内線 ()	
	(英語)	FAX	
郵送先	勤務先 ・ 自宅 ・ その他 その他の場合 〒	E-mail	
学 歴	最終学歴		年卒 (見込)
職 種	1. 眼科医 2. その他の医師 3. 看護師 4. 視能訓練士 5. 教育関係者 6. 福祉関係者 7. その他 ()		
	経 験 年		
紹介者 (会員2名)	氏名 :	印	氏名 :
	所属 :		所属 :

送付先 : 〒701-0114 岡山県倉敷市松島 666-4-101 日本ロービジョン学会事務局 宛

TEL・FAX : 086-464-0320

学会誌形式 (ご選択ください) 通常 (墨字) ・ 点字 ・ CD (音声)