

# 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	賛 助 会 員
承 認	年 月 日
会員番号	

団体名	(日本語)	
	(ローマ字)	
所在地	住所 〒 (日本語)	電話
	(ローマ字)	FAX
代表者名	(日本語)	職名 (日本語)
	(英語)	(英語)
担当者名	(日本語)	職名 (日本語)
	(英語)	(英語)
E-mail		
業務内容 創立 ( ) 年		
備考		

送付先：〒663-8114 兵庫県西宮市上甲子園 1-4-11 山縣眼科医院内 日本ロービジョン学会事務局 宛

TEL・FAX：0798-58-0193

学会誌形式（ご選択ください） 通常（墨字） ・ 点字 ・ CD（音声）