**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 | （日本字） | | | 生年月日  　　　年　　月　　日 | | 性別  男・女 |
| （ローマ字） | | |
| 自　宅 | 住所　〒  （日本字） | | | 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  所属： | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印  所属： | | | | |

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）