

# 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： 印	
	所属：	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)