

**FAX:03-6256-0411**

眼科PDT研究会事務局代行  
株式会社シータイム内

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 眼科 PDT 講習会 受講修了認定医 掲載申込書(変更用)

**お名前の変更、削除のご希望がある場合は、こちらをご使用下さい。**

\*また、掲載内容についてご確認させていただく場合がございますので、所属のご施設が  
変わられた際もご連絡下さい。

※現在登録されているお名前をご記載ください。

お名前	
-----	--

※変更内容をご記載ください。

変更内容	1. お名前の変更	2. 掲載の削除	3. 所属施設の変更
フリガナ			
お名前			
所属施設のご変更	現在		
	変更後		

◆ご記入いただいた個人情報は、「眼科PDT研究会ホームページ」において公開されます。

◆当研究会における個人情報の取り扱いについては、「眼科PDT研究会ホームページ」内の「[個人情報の取扱いについて](#)」をご参照下さい。

※ご署名の上、お送り下さい

※私が記入した情報が、上記の内容にもとづき、「眼科PDT研究会ホームページ」にて  
変更・公開または削除されることに同意します。

ご署名（ご担当者名） \_\_\_\_\_

ご施設でのご連絡先

TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail アドレス \_\_\_\_\_

### お問い合わせ先

眼科PDT研究会事務局代行  
株式会社シータイム内  
TEL:03-6256-0392