

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実施施設 掲載申込書(新規用)

※施設名、住所、連絡先を掲載させていただくにあたり、恐縮ですが下記内容を正確にご記載ください。
下記の情報で掲載させていただきます。

ご施設名	診療科名称等まで必要な場合は、そちらもお書きください。
ご住所	〒
ご連絡先TEL	代表・直通 ()
HPアドレス	ご施設へのリンクを貼ることが可能です。 必要でしたらアドレスをお書きください。
PDT 開始日 ※ホームページへの掲載は 実施後となりますので ご了承ください。	<input type="checkbox"/> すでに実施 <input type="checkbox"/> 実施予定 (年 月 日 より実施予定)

- ◆ご記入いただいた施設情報は、「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

※私が記入した情報について、「眼科PDT研究会ホームページ」にて公開されることに
同意します。

ご署名（ご担当者名）

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