

**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(新規用)

※下記の必要事項をご記載の上、FAXにてお申込下さい。

受講終了認定番号	
フリガナ	
お名前	
ご施設名	

- ◆ 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） \_\_\_\_\_

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