

FAX 送信先 : 03-5226-7752 Eメール: jscrs@jscrs.jp

受付日:

受付番号:

公益社団法人日本白内障屈折矯正手術学会 (JSCRS) 宛

## 多焦点眼内レンズ情報ガイドブック申込書

申込日: 年 月 日

多焦点眼内レンズ情報ガイドブックを希望します

希望部数 \_\_\_\_\_ 部 × @40 円 (消費税・送料込み) = \_\_\_\_\_ 円

を \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に振り込みます。

|        |                                    |  |
|--------|------------------------------------|--|
| 施設名※   |                                    |  |
| 代表医師名※ |                                    |  |
|        | 会員(会員番号: _____)・非会員*どちらかに○をお願いします。 |  |
| 送付先※   | (〒 - )                             |  |
| ご担当者   | 氏名                                 |  |
|        | 部署                                 |  |
|        | Tel※/FAX                           |  |
|        | E-mail※                            |  |

※必須

## 振込先情報

銀行名 : みずほ銀行 神田駅前支店(店番号009)

口座番号 : 普通預金 2239837

口座名義 : 公益社団法人日本白内障屈折矯正手術学会

シヤ)ニホンハクナイショウクッセツキョウセイシュジュツガクカイ

※振込料はご負担くださいますようお願い致します。

※振込の確認が出来次第、冊子をお送りいたします。