**やまぐちロービジョンフォーラム２０１９**

**懇親会　参加申込書(先着40名様となります)**

**FAX番号（0836-22-2519）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日時：2019年6月8日（土）20:00-  懇親会会場：セントコア山口（講習会会場より貸切バス移動） | | | |
| 参加申込者 氏名 | 職業 | 所属機関 | バス希望 |
|  |  |  | バス　要・不要 |
|  |  |  | バス　要・不要 |
|  |  |  | バス　要・不要 |
|  |  |  | バス　要・不要 |
|  |  |  | バス　要・不要 |

●申し込み方法

　ご記入の上、FAXにてお申込みいただくか、または上記の申込書内容を

　E-mailにてお知らせください。

　〆切は、5月31日（金）です。

●個人情報保護について

　当申し込みの内容につきましては、本講習会開催の目的以外には使用いたしません。

|  |
| --- |
| お問い合わせ先  山口大学医学部附属病院　眼科　視能訓練士　佐藤洋一  [ophort5@yamaguchi-u.ac.jp](mailto:ophort5@yamaguchi-u.ac.jp) |