

**Global Ocular Inflammation Workshops (GOIW) 2019**  
**2 Days チケット参加登録専用 登録区分証明書**

「GOIW2019」登録デスク 宛

Fax: 03-6891-9599 E-mail: [goiw2019@or.knt.co.jp](mailto:goiw2019@or.knt.co.jp)

コ・メディカルのカテゴリーで参加登録をされる方は、以下の「登録者記入欄」、「登録区分証明欄」をご記入の上、参加登録デスクまでFAX、もしくはEmailにてお送りください。

**【登録者記入欄】**

所属（勤務先）	
電話番号	
Fax 番号	
E-mail（代表者）	
（フリガナ） 参加者氏名	登録区分
	コ・メディカル
	コ・メディカル
	コ・メディカル
	コ・メディカル
	コ・メディカル

**【登録区分証明欄】**

<p><b>主任教授、もしくは所属長の署名・捺印欄</b></p> <p>各参加者の登録区分を上記の通り証明する。</p> <p>年            月            日</p> <p>主任教授または所属長名 _____ 印</p>
---

<お問合せ先> 「GOIW2019」登録デスク  
 株式会社 KNT-CTグローバルトラベル 訪日団体事業部  
 TEL:03-6891-9600 Fax: 03-6891-9599 E-mail: [goiw2019@or.knt.co.jp](mailto:goiw2019@or.knt.co.jp)

**【個人情報の取り扱いについて】**

本会の参加登録の際にお預かりいたしました内容は、本会運営準備に関する目的以外では使用いたしません。  
 また、ご登録いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。