**眼科統括責任者（眼科責任者）による国内交流プログラム参加への承諾書**

公益財団法人日本眼科学会

　　理事長　殿

本申請者（　　　　　　　）が貴学会の「若手医師国内交流プログラム」に採用された場合、国内交流を承諾いたします。

　　西暦　　　　　年　　月　　日

眼科統括責任者・職位・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　署名