附件:

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | **姓名：** |  | **单位：** |  | **协会会员等级：** | [ ] 副会长[ ] 理事长 |
| **使用人信息** | **姓名：** |  | **性别：** |  | **年龄：** |  | **与申请人关系：** |  |
| **眼疾：** | [ ] 近视 [ ] 白内障[ ] 飞蚊症[ ] 干眼症 | **工作单位/学校：** |  |
| **青少年近视参与要求：**1.使用者近半年内没有进行过散瞳验光（包括快散、慢散） 2.使用者近半年内没有使用过角膜塑形镜、隐形眼镜等角膜接触镜 3.没有眼内疾病 4.使用产品前，进行裸眼视力检测（5米距离）及验光检测（报秘书处） 5.使用产品2个月后，进行裸眼视力检测（5米距离）及验光检测（报秘书处） | [ ] **是否满足要求** |
| **老年白内障参与要求：** 1. 无其他易病变的眼底疾病2. 使用者为白内障初期3.使用产品前，提供医院的诊断证明（复印件或扫描件报秘书处）4.使用产品2个月后，需自费到医院复查（复印件或扫描件报秘书处）老年飞蚊症、干眼症参与要求：1. 无其他易病变的眼底疾病2. 使用者为白内障初期3.使用产品前，提供医院的诊断证明（复印件或扫描件报秘书处）4.使用产品2个月后，需自费到医院复查（复印件或扫描件报秘书处） | [ ] **是否满足要求** |

报名时间：4月21日-4月30日

报名邮箱：info@zba.org.cn

联系方式：赵 峰 18601228577

 李 源 15001101011