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