

# 日本旅行医学会 第1回 関西感染症・ワクチンセミナー 参加申込書

2014年10月5日(日)開催

会場：大阪 高槻 大阪医科大学 新講義実習棟101教室

※お申込FAX受領後に確認メールをお送りいたしますので、メールアドレスを正確にご記入ください。

※参加証が郵便事情等によりお手許に届かなかった際には  
事前にご連絡の上でファックス送信された参加申込書を開催当日受付でお渡しください。

申込年月日	2014年	月	日
-------	-------	---	---

フリガナ			
氏名			
会員番号	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員		

入場券送付先	〒 _____		
	勤務先名 _____		
自宅	<input type="checkbox"/>		
勤務先	<input type="checkbox"/>		
部署			役職 _____
TEL:			FAX: _____

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

産業医認定単位取得希望の有無     希望する     希望しない

医籍登録番号(6桁)    第 \_\_\_\_\_ 号

認定産業医証番号(7桁)    第 \_\_\_\_\_ 号

認定産業医 認定有効期限    平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療職種     医師     産業医     看護師     産業看護職(保健師含む)  
 衛生管理者     安全衛生管理者     人事労務担当者     その他 ( \_\_\_\_\_ )

参加費をお振り込み後、領収証をこの枠内に貼って、  
FAXでお送りください。  
 会員3,000円、非会員5,000円、学生2,000円  
 会場の使用規定により、大会当日のお支払い、キャンセル払い戻しはできません。  
 振込手数料はご負担ください。  
 インターネット振込の方は、振込確認の画面を印刷したものを貼付してください。  
 三菱東京UFJ銀行 新宿中央支店  
 普通:4826592    口座名:日本旅行医学会  
 または郵便振替00180-8-62898  
 入場券が届くまで、この申込用紙はお手元に保管しておいてください。

振込書添付の上FAXでお送りください 03-3403-5861