

参加費振込書添付(現金振込の方のみ)の上、このままFAXでお送りください
FAX:03-3403-5861

第14回日本旅行医学会大会 参加申込書
2015年4月18日(土)・19日(日)

〒151-0052 東京都渋谷区代々木神園町3-1 小田急線 参宮橋駅徒歩7分 / 東京メトロ千代田線 代々木公園駅徒歩10分

国立オリンピック記念 青少年総合センター (受付:カルチャー棟大ホール)

申込年月日 2015年 月 日

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

ランチョンセミナー(参加無料 定員250名・申込先着順に受付)
 両日とも参加する 18日のみ参加する 19日のみ参加する 参加しない

懇親会(18日 17:20開始予定 参加無料 定員100名) 参加する 参加しない

入場券 送付先	自宅 <input type="checkbox"/>	〒
	勤務先 <input type="checkbox"/>	
	勤務先名・部署	

TEL: _____ FAX: _____

E-mail: _____ @ _____

参加費支払方法 ※必ずどちらかお選びください	<input type="checkbox"/> 現金振込(下記参照) <input type="checkbox"/> 年会費振替口座から自動引落し(会員のみ)(*5月20日振替) ※自動引落しの手数料は学会が負担します。 ※不参加の場合、返金は致しません。
---------------------------	---

現金振込の方は、参加費振込後、振込領収証又は確認書をこの枠内に貼ってください。
※尚、年会費(新規入会に限る)、認定講座試験受講料と一緒に送られる方は必ず明細をご記入ください。

医師12,000円・その他6,000円(2日間)

お振込先	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
------	---

※会場の規定により、大会当日のお支払いは出来ません。
※不参加の場合、返金は致しません。
※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。
※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。

参加費振込書添付(現金振込の方のみ)の上、このままFAXでお送りください
FAX:03-3403-5861