参加費の振込領収証(確認書)を貼付し、そのままFAXでお送りください
FAX:03-3403-5861

2015年 第2回 関西 感染症・ワクチンセミナー 参加申込書

日時: 2015年10月4日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)

会場: 「大阪医科大学」 臨床第一講堂

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号

※申込書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。
※参加証が届くまで、この申込書は保管しておいてください。実際のお申込みや何らかの事情により参加証
が届かなかった場合、事前に事務局へご連絡のうえ、当該申込書を開催当日受付でご提示ください。

申込年月日 2015年 月 日

フリガナ		
氏名		☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他
会員番号		☐ 入会手続き中 ☐ 非会員

参加証 送付先	自宅 ☐	〒
	勤務先 ☐	
勤務先名・部署・役職		
TEL:		
FAX:		
E-mail: @		
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 ()	

産業医認定単位取得希望の有無	☐ 希望する(下記①~③にご記入ください) ☐ 希望しない
①所属地区医師会名	
②所属医療機関名	
③認定産業医番号(7桁)	第 号

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。

参加費: 会員3,000円・非会員5,000円・学生2,000円

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、当日のお支払いはできません。
※お申込後の取消や当日不参加の場合、一旦納入された参加費のご返金はできません。
※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。