

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

## 第8回 日本旅行医学会 東京大会 参加申込書

日時: 2015年11月15日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)  
会場: 「東医健保会館」2階 大ホール

〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 TEL: 03-3353-4311  
JR中央・総武線「信濃町」駅下車 徒歩5分

※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。

申込年月日 2015年 月 日

(2015.10.06 HP)

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

講演者を囲んだ懇親会への参加希望の有無 ※参加費用は別途2,000円になります。	(必ずどちらかにチェックをしてください) <input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない
---	--

参加証 送付先	自宅 <input type="checkbox"/> 〒	
	勤務先 <input type="checkbox"/>	
	勤務先名・部署・役職	
TEL:	FAX:	
E-mail:	@	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 産業看護職(保健師含む) <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 安全衛生管理者 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※日本旅行医学会会員の方は、上記記載の住所に名簿登録内容を修正します。  修正を希望しない  
登録内容の修正を希望しない方は、右の  枠内にチェックを入れてください。

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**  
**懇親会お申込の場合は、参加費に2,000円をプラスしてお振込みください。**

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。  
※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。間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。