

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 登山医学セミナー 参加申込書

▼ 下記ご希望会場の □枠内 に必ずチェックを入れてください! ▼

<input type="checkbox"/> 東京会場 7月4日(土) 10:20 開始予定 (受付 9:50~)	<input type="checkbox"/> 大阪会場 7月5日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)
「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 JR中央総武各駅停車「信濃町」駅下車徒歩5分	「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 JR東海道本線・JR京都線「高槻」駅下車徒歩8分 阪急京都線「高槻市」駅下車 1番出口よりすぐ

申込年月日 2015年 月 日

(2015.05.22 HP)

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

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:	@	

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5,000円・非会員6,500円（1会場につき）

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ありません。
※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、この申込用紙はお手元に保管しておいてください。

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