

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9回 日本旅行医学会 看護部会 参加申込書

日時: 2015年12月12日(土) 13:00 開始予定 (受付 12:30~)

会場: 「東医健保会館」2階 ホール

〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 TEL: 03-3353-4311

※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

フリガナ		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他
氏名		

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1,000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 ()
----	--

産業医認定単位取得希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する(下記①~③にご記入ください) <input type="checkbox"/> 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

懇親会お申込の場合は、参加費に1,000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 □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及び懇親会費用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。