

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

日本旅行医学会 緊急特別講演 参加申込書

日時: 2016年5月14日(土) 13:20 開始予定 (受付 13:00~)

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 2016年 月 日

(2016.04.28 Mail)

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

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:		@

※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。
この用紙が参加証となりますので、当該申込書を開催当日受付でご提示ください。

参加費：2,000円

お振込先	三菱東京UFJ銀行 新宿中央支店 普通：4905050 口座名：一般社団法人日本旅行医学会 または 郵便振替：00180-8-62898
------	--

※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。