

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

## 2016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"/> <b>東京会場 7月9日(土)</b> 10:20 開始予定 (受付 9:50~)	<input type="checkbox"/> <b>大阪会場 7月10日(日)</b> 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 2016年 月 日

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/勤務先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：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

※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