

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 第3回 関西 感染症・ワクチンセミナー 参加申込書

日時: 2016年10月2日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)  
会場: 「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 徒歩8分 / 阪急京都線「高槻市」駅 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。

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・学生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
------	---

※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