

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 東京大会 参加申込書

日時: 2016年11月13日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)

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

※お申込FAX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。  
※参加証が郵便事情等によりお手許に届かなかった際には  
事前にご連絡の上でファックス送信された参加申込書を開催当日受付でお渡しください。

申込年月日 2016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		
会員番号		<input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員

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2,000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:	@
---------	---

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
--------------	---	--	--	--	--	--	--	---

※会員登録内容も上記に変更しますか?(変更がある場合)  はい  いいえ

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**  
**懇親会お申込の場合は、参加費に2,000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: 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。