

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10回 日本旅行医学会 東京大会 参加申込書

日時: 2017年11月12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・参加証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。
※参加証がお手許に届かなかった際には事前にご連絡の上で、ファクス送信された参加申込書を開催当日に
受付でお渡しください。

申込年月日 2017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

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
---	--

住所 自宅/勤務先	自宅 <input type="checkbox"/>	〒
	勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>	
	勤務先名・部署・役職	
TEL:	FAX:	
E-mail:	@	

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

※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。
※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。
★本大会より参加証は確認メールと一緒にPDFファイル/ファクスでお送りしております。参加証は郵送いたしませんので、ご注意ください。