

参加費振込書貼付の上、このままFAXでお送りください
FAX：03-3403-5861

第17回日本旅行医学会大会 参加申込書

2018年4月7日(土)・8日(日)

国立オリンピック記念 青少年総合センター (受付:カルチャー棟大ホール)

〒151-0052 東京都渋谷区代々木神園町 3-1 小田急線 参宮橋駅徒歩7分 / 東京メトロ千代田線 代々木公園駅徒歩10分

申込年月日 2018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"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員

ランチョンセミナー(参加無料 定員 250 名・申込先着順に受付)

両日とも参加する 7日のみ参加する 8日のみ参加する 参加しない

懇親会(7日17:20開始予定 参加無料 定員100名) 参加する 参加しない

看護部会(7日18:30開始予定 参加無料) 参加する 参加しない

参加 証明書 送付先	自宅 <input type="checkbox"/>	〒
	勤務先 <input type="checkbox"/>	
勤務先名・部署		
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。 修正を希望する
登録内容の修正を希望される方は、右の 枠内にチェックをいれてください。

参加費振込後、振込明細書又は確認書をこの枠内に貼ってください。

※尚、年会費(新規入会に限る)、認定講座試験受講料と一緒に送られる方は必ず明細をご記入ください。

医師 12,000 円・その他 6,000 円(2日間)

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、大会当日のお支払いは出来ません。

※不参加の場合、返金は致しません。

※1日参加の場合でも上記参加費となります。

※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添付してください。

※入場券が届くまで、この申込用紙はお手元に保管しておいてください。

参加費振込書貼付の上、このままFAXでお送りください
FAX：03-3403-5861