

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

<<20180810HP>>

2018年 第5回 関西 感染症・ワクチンセミナー 参加申込書

日時: 2018年9月30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 2018年 月 日

申込締切: 2018/9/27(木) 正午
※満席になり次第締切。最新情報はHP参照。

フリガナ		
氏名		☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他
会員番号 又は 管理番号		☐ 入会手続き中 ☐ 非会員

※参加証はメール添付にてお送り致します。必ずメールアドレスをご記入ください。
メールアドレスをお持ちでない方は、ご連絡先住所へ送付致します。

【必ずご記入ください】

メールアドレス			
ご連絡先 (参加証 送付先)	自宅 ☐	〒	
	勤務先 ☐		
	勤務先名・部署・役職		
TEL:		FAX:	

※日本旅行医学会会員の方は、上記記載の住所/勤務先/メールアドレスへ
名簿登録内容を修正します。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。

☐ 修正を希望しない

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3,000円／非会員5,000円／学生2,000円

お振込先	三菱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 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同時に送信してください。
※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