

関西【振】

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

<<20181009HP>>

【振替】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12月2日(日) 11:00開始予定 (受付 10:30開始予定)

会場: 「梅田スカイビル」スペース36L

〒531-6136 大阪府大阪市北区大淀中1-1梅田スカイビルタワーウエスト36階
(JR「大阪」駅下車徒歩7分、地下鉄御堂筋線・阪急「梅田」駅下車徒歩9分、阪神「梅田」駅下車徒歩13分)

申込年月日 2018年 月 日

申込締切:2018/11/29(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。

☐ ← 9/30(日)の回に
申込済の方はチェック

【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

※すでに9/30(日)の回にお申込み済みの方は、お支払いをなさらないでください。

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