

太枠にご記入の上、参加費の振込明細等を貼付してお送りください

FAX: 03-3403-5861 または メール: info@jstm.gr.jp

<<20190716HP>>

2019年 第12回 日本旅行医学会 東京大会 参加申込書

日時: 2019年11月17日(日) 10:30 開始予定 (受付 10:00~)

会場: 「東医健保会館」(信濃町)2階 大ホール

〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 TEL 03-3353-4311

JR総武線信濃町駅下車 徒歩5分

申込年月日 2019年 月 日

申込締切: 2019/11/14(木) 正午
※満席になり次第締切。最新情報はHP参照。

フリガナ		☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他
氏名		
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 または 郵便振替: 00180-8-62898 口座名: 一般社団法人日本旅行医学会 シャ)ニホンリヨコウイガクカイ
------	--

※会場の規定により、当日のお支払いはできません。

※参加費は、自然災害等やむを得ない場合を除き、不参加やキャンセルの場合でもご返金致しかねます。

※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、振込したことが確認できる画面を印刷したものを同時に送付してください。

※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。

太枠にご記入の上、参加費の振込明細等を貼付してお送りください

FAX: 03-3403-5861 または メール: info@jstm.gr.jp