

大会01

太枠にご記入の上、参加費の振込明細書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

<<20191224HP>>

第19回日本旅行医学会大会 参加申込書

2020年4月11日(土)・12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

年

月

日

申込締切: 2020/4/9(木) 正午

※最新情報はHP参照。

フリガナ

氏名

会員番号
又は
管理番号☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他☐ 入会手続中 ☐ 非会員それぞれ、
いづれかに
必ず
チェック
してください

ランチョンセミナー(参加無料 定員250名・先着順受付)国際交流棟1階 レセプションホール

☐ 両日とも参加 ☐ 11日のみ参加 ☐ 12日のみ参加 ☐ 参加しない

懇親会 (11日 17:20開始予定 会費2,000円)

国際交流棟1階 レセプションホール ☐ 参加する ☐ 参加しない

【必ずご記入ください】

メール
アドレス

※申込書受領のお知らせをお送りします。必ずメールアドレスをご記載ください。

入場券
送付先自宅 ☐ 〒勤務先 ☐

勤務先名・部署・役職

日中連絡の
つくTEL:

FAX:

4月12日(日)
【公開講座】
<申請中>
(生涯研修の専門
研修1単位)

①所属地区医師会名

☐ 所属なし

②所属医療機関名

☐ 所属なし

③認定産業医番号(7桁)

第

号

↑産業医単位のご希望者は①～③すべての項目を必ずご記入ください。すでに産業医番号をお持ちの方が対象の講座です。

※会員の方は、上記記載の住所/勤務先/メールアドレスへ登録内容を修正します。☐ 修正を希望しない
登録内容の修正を希望しない方は、右の口枠内にチェックを入れてください。

※記入漏れ、不備がありますと受付完了までお時間を頂く場合がございます。今一度ご確認ください。

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(内訳)をご記入ください。

【参加費】医師12,000円・その他6,000円(2日間)

【懇親会費】2,000円(参加ご希望の方は参加費に追加してお支払いください)

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・振込手数料はご負担ください。
・振込名義、振込先、振込日、
振込金額が分かるものを添付。
・振込先名義にご注意ください。

※会場の規定により、大会当日のお支払いは出来ません。

※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。

※1日参加の場合でも上記参加費となります。

※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。

※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。