

第 29 回日本胎盤臨床医学会大会 参加申込書

FAX : 03-6264-3016

申込日 2021 年 月 日	
フリガナ ※ 氏名	
※ <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 学生】該当するものに✓印をしてください	
会員番号	
※ 連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅】該当するものに✓印をしてください 住所 〒 _____ 施設名 _____ Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____ ※メールアドレスは、はっきりした文字をお書きください。 文字誤認によりメールが届かない場合は責任を負いかねます。
同伴スタッフ 氏名 (会場参加のみ)	
※ 参加方法	【 <input type="checkbox"/> WEB 参加 <input type="checkbox"/> 会場参加】 該当するものに✓印をしてください

※記入必須

●参加費

会場参加・WEB 参加	会員	13,000 円
会場参加・WEB 参加	非会員	15,000 円
会場参加・WEB 参加	学生	3,000 円
会場参加	同伴スタッフ	5,000 円

●お申込方法と締切り

この用紙を FAX でお送りの上、参加費を 5 月 18 日までに下記にお振込みください。
 振込手数料は各自ご負担をお願い致します。
 キャンセルの場合のご返金はできませんのでご了承ください。

●お振込口座

三菱東京 UFJ 銀行 月島支店 普 0088594 一般財団法人日本胎盤臨床医学会