

Fax:03-6264-3016

## 第26回大会参加申込書

申込日 2019 年 月 日	
所属機関名	
会員番号	
非会員は連絡先 をご記入ください	住所：〒  電話番号：
氏名	
同伴スタッフ 氏名	

	該当欄に <input checked="" type="checkbox"/>	事前登録	当日支払
大会参加費	<input type="checkbox"/> 会員	13,000 円	15,000 円
	<input type="checkbox"/> 非会員	15,000 円	17,000 円
	<input type="checkbox"/> 同伴スタッフ	5,000 円 × 名	7,000 円 × 名
	<input type="checkbox"/> 学生	3,000 円 × 名	5,000 円 × 名
懇親会 大会終了後	<input type="checkbox"/> 7,000 円(税別) × ____名		

### ●お申込方法と締切り

FAX でお申込の上、参加費等を下記までお振込みください。振込手数料は各自ご負担をお願い致します。

当日キャンセルの場合は、ご返金できませんのでご了承ください。

人数把握の為、キャンセルの場合は必ずご連絡くださいますようお願い申し上げます。お問合せ 03-6264-2991

### ●お振込口座

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

※お振込み口座が医療法人の場合は、振込依頼者は参加者の氏名か会員番号をご入力ください。