

Fax:03-6264-3016 第24回大会参加申込書

申込日 2018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
前日懇親会参加 と ご宿泊(24日泊)	<input type="checkbox"/> 1室1名様利用 27,650 円 (税込・入湯税込) X 1 名 <input type="checkbox"/> 1室2名様利用 23,650 円 (税込・入湯税込) X 2 名 <input type="checkbox"/> 和洋室 2・3 名様利用 24,650 円 (税込・入湯税込) X ____ 名 <input type="checkbox"/> 和洋室 4・5 名様利用 23,650 円 (税込・入湯税込) X ____ 名 ※1泊2食付 (夕食は懇親会となります)、客室はバスルームなしトイレ付きです。 ※同伴の方で、夕食を懇親会とは別場所を希望の方は、上記料金より -¥2,200 ※お部屋数に限りがございます。前日懇親会に参加希望の方はお早目にお申し込みください。		
合計金額			円

●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。
 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