

生殖バイオロジー東京シンポジウム

参加申込用紙 (申込み先 FAX: 045-620-7563)

(記入日 年 月 日)

ふりがな		職種	1: 医師 2: 医師以外 ()	
お名前 (代表者)		所属		
ふりがな		ふりがな		
お名前		お名前		
職種	1: 医師 2: 医師以外 ()	WS 参加者	<input type="checkbox"/>	
ふりがな		ふりがな		
お名前		お名前		
職種	1: 医師 2: 医師以外 ()	WS 参加者	<input type="checkbox"/>	
ふりがな		ふりがな		
お名前		お名前		
職種	1: 医師 2: 医師以外 ()	WS 参加者	<input type="checkbox"/>	
ふりがな		ふりがな		
お名前		お名前		
職種	1: 医師 2: 医師以外 ()	WS 参加者	<input type="checkbox"/>	

※日本臨床エンブリオロジスト学会のサマータークショップへの参加者は職種欄のWS参加者にを入れて下さい

※ご連絡が可能な連絡先を記入の上、自宅または勤務先に○をつけてください。

ご連絡先住所

(自宅・勤務先)

なお、複数人で申し込みの場合は、代表者の連絡先をご記入ください。

(〒 -)	都道 府県	
TEL ()	FAX ()	E-mail

※ご連絡先が勤務先の場合は、勤務先名と勤務先部署もご記入ください。

勤務先名	勤務先部署
------	-------

参加費

・資格該当の金額に○印を付け、参加人数と、参加費の合計をご記入ください。

事前登録参加費		懇親会 (8/18)	合 計
医師 20,000円/名	医師以外 12,000円/名	一律 5,000円/名	
× () 名	× () 名	× () 名	円

※記載してある金額はひとり分の参加費用です。複数人で参加申込をする場合は、それぞれの人数を括弧内に記入の上、合計金額をご記入ください。

※懇親会につきましては、原則として事前受付のみといたします。

※入金確認後、受領のご案内ハガキを送らせて頂きます。

事前登録の申し込み締め切りおよび入金は2018年8月3日(金)といたします。

参加費振込先 みずほ銀行 新横浜支店(356) 口座番号 (普通預金) 1572746 口座名義 生殖バイオロジー東京シンポジウム 代表 ^{すずきしゅうえつ} 鈴木秋悦	申込書送付先 〒226-0003 横浜市緑区鴨居 6-19-20 (株)ヒューマンリプロ・K 生殖バイオロジー東京シンポジウム 事務局 TEL: 045-620-7560 FAX: 045-620-7563
---	--

※振込が法人名の場合は、必ず参加者名を付記願います。なお、原則として入金後の参加費用の返金は出来ません。予めご了承ください。

事務局記入欄: 受付日 () 入金日 ()