

第 11 回 日本レーザーリプロダクション学会参加申込書

11th Annual Meeting of Japan Society of Laser Reproduction

参加代表者

ふりがな		職種	医師・医師以外	懇親会	参加・不参加
氏名 (代表者)		勤務先名			
		勤務先部署			
住所	(〒 -)				
TEL :	FAX :		E-mail :		

- ・複数人でお申し込みいただける場合は、代表者以外の方について別紙にご記入の上、いっしょに FAX してください。
- ・懇親会参加費は無料です。参加ご希望の方は参加に○をしてください。

事前登録参加

・該当欄に、参加人数と参加費の合計をご記入ください。

事前登録		当日受付		合計 (参加費の合計をご記入ください)
医師 12,000 円/名	医師以外 7,000 円/名	医師 15,000 円/名	医師以外 10,000 円/名	
×(名)	×(名)			円

※事前に参加登録の申込をしても参加費のご入金を確認されず、当日にお支払いいただく場合は、当日受付と同額になりますのでご注意ください。

※FAXにてお申し込み後、1週間以内に上記口座にお振り込みください。なお、お振込が法人の場合は、必ず参加者人数を付記願います。

※入金確認後、2週間以内に受領完了の FAX を送付いたします。

※お振込後にキャンセルをご希望の場合は、手数料として、お振込金額より 5,000 円を差し引いた額をご返金いたしますのでご了承ください。

事前登録の申込締切りは 2016 年 2 月 12 日(金)といたします。

<p><参加費振込先></p> <p>銀行名 : 大垣共立銀行 大垣駅前支店 口座番号 : 普通口座 111127 口座名義 : 第 11 回日本レーザーリプロダクション学会 会長 古井憲司</p>	<p><申込書送付先></p> <p>第 11 回日本レーザーリプロダクション学会事務局 〒503-0807 岐阜県大垣市今宿 3 丁目 3 4-1 医療法人愛育会クリニックママ内 担当: 和田、松浦 TEL : 0584-73-5249 FAX : 0584-73-5293 MAIL : 11th-jaslar@clinicmama.jp</p>
--	--



申込送付先 FAX : 0584-73-5293



