

# 日本生殖発生医学会 第15回 学術集会

参加申込用紙 (申込み先 FAX : 052-551-2252)

(記入日 年 月 日)

ふりがな		懇親会 参加・不参加	職 種	
お名前 (代表者)			所 属	
ふりがな		懇親会 参加・不参加	ふりがな	
お名前			お名前	
職 種			職 種	
懇親会 参加・不参加			懇親会 参加・不参加	
ふりがな		懇親会 参加・不参加	ふりがな	
お名前			お名前	
職 種			職 種	
懇親会 参加・不参加			懇親会 参加・不参加	
ふりがな		懇親会 参加・不参加	ふりがな	
お名前			お名前	
職 種			職 種	
懇親会 参加・不参加			懇親会 参加・不参加	

※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。

非会員 事前登録参加費			会 員 (新規会員は別途入会申込みと年会費(10,000円/年)が必要です)			合 計 (参加費の合計を ご記入ください)
医 師 18,000円/名	医師以外 13,000円/名	学 生 3,000円/名	医 師 13,000円/名	医師以外 10,000円/名	学 生 無 料	
× ( 名 )	× ( 名 )	× ( 名 )	× ( 名 )	× ( 名 )	× ( 名 )	円

※記載の金額は、ひとり分の参加費です。複数人で参加申込みをする場合は、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「参加・不参加」に○をお願いします。懇親会費は、参加費に含まれております。

※非会員参加者で、事前に参加登録の申し込みをしても参加費のご入金を確認されず、当日お支払いの場合は、当日受付と同額になります。

当日受参加費は次の通りです。当日受付参加費：医師20,000円、医師以外15,000円、学生4,000円

<<事前登録の申込みおよび参加費のお支払い締め切りは2020年2月28日(金)正午といたします。>>

参加費振込先 大垣共立銀行 勝川支店 口座番号：普通 906315 口座名義：第15回日本生殖発生医学会学術集会 会長 浅田義正 *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の返金は出来ません。予めご了承ください。	申込書送付先 〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4-6-17 名古屋ビルディング5F 日本生殖発生医学会第15回学術集会事務局 (医療法人浅田レディースクリニック内) TEL : 052-551-2251 FAX : 052-551-2252
--	---

事務局記入欄：受付日 ( ) 入金日 ( )