

日本生殖再生医学会 第7回 学術集会

参加申込用紙 (申込み先 FAX : **045-937-1029**)

(記入日 年 月 日)

| | | | |
|--------------|--|------|--|
| ふりがな | | 職種 | |
| お名前 (代表者) | | 所属 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| お名前 | | お名前 | |
| 職種 | | 職種 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| お名前 | | お名前 | |
| 職種 | | 職種 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| お名前 | | お名前 | |
| 職種 | | 職種 | |

※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

●事前登録受付…¥10,000- (学生は¥2,000)

●当日受付…¥12,000- (学生は¥3,000)

| 学術集会 参加費 | | 合計 |
|-------------------|------------------|-------------------|
| 事前登録参加費 | 学生 | (参加費の合計をご記入ください。) |
| 10,000円 /名 × (名) | 2,000円 /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。

※事前に参加登録を申込みしてもご入金を確認されず、当日にお支払いいただく場合は、当日受付と同額の¥12,000 - (学生は¥3,000 -)となりますのでご注意ください。

※入金確認後、受領のご案内ハガキを送らせて頂きます。当日は参加章と引き換えと致しますので、**必ず案内ハガキをご持参ください。** 未着の場合は事務局までご一報ください。**事前登録の申し込み締め切りは平成24年3月16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) 1445124

口座名義 日本生殖再生医学会 理事長 森 崇英

※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。

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

日本生殖再生医学会 事務局

TEL : 045-937-1039 FAX : 045-937-1029

事務局記入欄 : 受付日 ()

入金日 ()