

第11回 日本IVF学会参加申込書

11th Annual Meeting of Japan Society of Assisted Reproduction
共催『日本臨床エンブリオロジスト学会』

記入日(西暦) 年 月 日

代表者名	フリガナ	所属	電話番号
		e-mail	ファックス番号
連絡先住所	郵便番号(※必ずご記入下さいませ) ※施設名・ビル名まで全てご記入下さいませお願い致します。		

お申込者No. 1		お申込者No. 2	
フリガナ	該当に○を記して下さい↓	フリガナ	該当に○を記して下さい↓
氏名	医師	氏名	医師
	医師以外		医師以外
e-mail:	懇親会参加	e-mail:	懇親会参加
お申込者No. 3		お申込者No. 4	
フリガナ	該当に○を記して下さい↓	フリガナ	該当に○を記して下さい↓
氏名	医師	氏名	医師
	医師以外		医師以外
e-mail:	懇親会参加	e-mail:	懇親会参加

*今後、学会の会員名簿にe-mailの項目を追加し、会員様への連絡にe-mailを活用しようと考えております。このため、参加申込される方には、e-mailのご記入をお願いしております。ご協力お願いいたします。

懇親会のお知らせ

平成20年10月11日(土)19:05より、大阪国際会議場・イベントホールにて開催いたします。懇親会参加をご希望の方は学術集会参加費と懇親会参加費の2つを併せて下記の口座にお振込み下さい。

参加費

学術集会参加費 *当日参加申し込みは、下記金額+3,000円となります。		懇親会参加費 *当日参加申し込みは、下記金額 500円となります。	合計
医師	医師以外	一律	
25,000円	15,000円	3,000円	円

事前登録の締め切りは・・・9月30日(火)16:00 と致します。

<p>参加費・懇親会費振込先</p> <p>ゆうちょ銀行 00920-4-277761 口座名義 日本IVF学会</p> <p>①FAXにてお申し込み後、一週間以内に上記口座にお振込み下さい。 ②お振込み後、2週間以内に申し込み完了のFAXを返信いたします。</p> <p>*振込みが法人の場合は、必ず参加者名を付記願います。 なお、お振込み後キャンセルをご希望の場合は、手数料としてお振込み金額より5,000円を差し引いた額をご返金いたします。予めご了承下さい。</p>	<p>申込書送付先(お問合せ先)</p> <p>日本IVF学会事務局 (IVFなんばクリニック内) 大阪市西区南堀江1-17-28</p> <p>TEL:06-6534-8824 FAX:06-6534-8876 Web http://www.ivf-et.net/11/</p>
---	---



申し込み送付先FAX:06-6534-8876

