

第12回 日本IVF学会参加申込書

12th 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

連絡責任者	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す様お願い致します。		

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21年9月12日(土)19:30より、江陽グランドホテル-バンケット会場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	円
25,000円	15,000円	3,000円	

事前登録の締め切りは・・・8月31日(月)16:00 と致します。

参加費・懇親会費振込先

ゆうちょ銀行 00920-4-277761
口座名義 日本IVF学会

FAXにてお申し込み後、一週間以内に上記口座に参加費・懇親会費をお振込み下さい。
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。

*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、お振込み後のキャンセルにつきましては、返金に応じかねますので、ご了承ください。

申込書送付先(お問合せ先)

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

TEL:06-6534-8824 FAX:06-6534-8876
Web <http://www.ivf-et.net/12/>

*本申込書は、上記ホームページよりダウンロード可能です。

↑ ↑ 申し込み送付先FAX:06-6534-8876 ↑ ↑