

第35回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会 事前参加登録申込書

所属ブロック		所属(機関名・診療科)			
ご住所 (参加登録証の送付先)	〒				
電話番号		FAX		携帯番号	
Eメールアドレス					
代表者氏名					
キャンセル等の際の ご返金先	銀行		支店		口座名(ヨミカナ)
	普通・当座	番号			

番号	氏名	申込区分(いずれかに○印)	事前参加登録費
例	リンショウ タロウ	①.会員	18,000 円
		2.同伴者	
1	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
2	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
3	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
4	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
5	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
合計金額			円
【備考欄】ご希望等がございましたらご記入ください。			

※2019年3月2日以降は当日登録となります。(参加登録費は20,000円となります。同伴者は事前・当日共3,000円です。)

※参加登録いただいた方は無料で懇親会にご参加いただけます。

※事前参加登録は、代金の振り込み(ご入金期限2019年3月8日(金))を以て完了とします。

申込期限：2019年3月1日(金)