

「認知症治療の最前線」

FAX: 03-6709-8843

参加者情報		
お名前 (*必須)	(フリガナ)	
ご勤務先 (*必須)		
職種 (*必須)	医師・医療機関スタッフ (薬剤師、看護師等)・企業・その他 ()	
ご勤務先住所 (*必須)	(フリガナ)	
	〒	
電話番号 (*必須)	() -	
FAX 番号 (*必須)	() -	
e メールアドレス (*必須)	@	
参加項目		
1. 該当する「項目」と「支払い方法」にチェックをして下さい		
	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員
<input type="checkbox"/> 事前支払い<注2>	1,000 円	2,000 円
<input type="checkbox"/> 当日支払い	2,000 円	3,000 円
会員申込		
当研究会の会員登録を希望される方はチェックをして下さい。		
<input type="checkbox"/> 会員登録希望	無料<注1>	

- ① FAXにて申込書を受け取り後、事務局よりメールにてご連絡いたします。
- ② 事前支払いの方へ申込書受付後、郵送にて請求書を送付いたします。
請求書に記載の銀行口座へ2020年6月3日(水)までにお振り込みをお願いします。期限までお振り込みが確認できない場合には、当日支払い(当日払い金額)扱いとなります。
- ③ 領収書は当日会場にてお渡し致します。

【注意事項】

1. 会員参加費は、当研究会の会員登録をされた方のみに対応されます。会員登録をされてご参加の場合には、当フォーラムより会員価格が適応となります。
2. 事前支払いでお申し込み頂いた方でも、6月3日(水)までにご入金の確認が出来ない場合には、参加費が当日支払い金額となります。
3. お振込頂きました参加費はご返金できませんので、ご了承下さい。
4. ご記入頂きました個人情報は、本会で保管し、本会サービス以外で第三者に譲渡することはありません。

【問合せ先】

NPO 法人国際医科学研究会 事務局
 〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-13-10 武蔵野ビル 5F, 11 号
 TEL: 03-6709-8842 FAX: 03-6709-8843
 e-mail: info@imss-medical.jp