

第40回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会 参加登録申込書

所属ブロック		所属(機関名・診療科)	
送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		
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			

番号	氏名	申込区分(いずれかに○印)	参加登録費
例	リンショウ タロウ	①.会員	※2024年3月4日(月)までは18,000円、 それ以降は20,000円となります。 同伴者は事前・当日共3,000円です。
		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】ご希望等ございましたらご記入ください。			

※2024年3月4日(月)までは18,000円、それ以降は20,000円となります。同伴者は事前・当日共3,000円です。

FAXによる申込期限：2024年3月27(水)17:00

上記日程以降も、オンライン参加登録は受付しております (締め切り：4月21日(日)13:30)