

FAX 送信先

03-5269-7336

第 6 回麻酔科学ウィンターセミナー参加申込書

氏名： _____
ふりがな： _____
性別： 男性 女性
所属施設： _____
連絡先： 勤務先 自宅
郵便番号： _____
住所： _____

電話： _____
FAX： _____
電子メール： _____

参加登録費（該当する項目を○で囲んでください）

	2月17日まで	2月18日以降
下記のいずれかの後援学会会員	¥10,000	¥12,000
会員以外の医師・企業関係者	¥15,000	¥17,000
初期研修医	¥10,000	¥12,000
臨床工学技士・看護師・学生	¥5,000	¥7,000
同伴者の懇親会参加（15歳以下は無料）	¥5,000	¥5,000
合計	¥_____	¥_____

2006年2月17日までにキャンセルされる場合は、参加登録費から振り込み経費を差し引いた全額を返却致します。2月18日以降、セミナー前日までのキャンセルでは、参加登録費の50%を返却します。セミナー開始後は、参加登録費の返却には応じることができませんので、その点をご了承ください。

振込先： UFJ銀行 東京女子医大出張所 普通預金口座 3691599
口座名義： ウィンターセミナー代表 野村 実

後援： 日本心臓血管麻酔学会，日本麻酔・集中治療テクノロジー学会

麻酔科学ウィンターセミナー事務局（東京女子医大麻酔科学教室内）
〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 電話 03-5269-7336, FAX 03-5269-7336
Email jscva@anes.twmu.ac.jp