

第2回麻酔科学サマ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： _____

心エコーセミナーの聴講： 希望します 希望しません

参加登録費（該当する項目を で囲んでください）

	6月17日まで	6月18日以降
医師（下記のいずれかの後援学会・研究会会員）	¥10,000	¥12,000
医師（その他）、または企業関係者	¥15,000	¥17,000
臨床研修医・コメディカル	¥8,000	¥10,000
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	¥_____	¥_____

2005年6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。6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 3734993
 麻酔科学サマーセミナー 代表 長田 理

後援： 日本麻酔・集中治療テクノロジー学会，日本心臓血管麻酔学会
 静脈麻酔 Infusion テクノロジー研究会，日本局所麻酔学会

麻酔科学サマーセミナー事務局（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 03-3359-2517

Email summer-seminar@jscva.org