

FAX 送信先

03-5269-7336

## 第7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9日まで	2月10日以降
下記のいずれかの後援学会会員	¥12,000	¥15,000
会員以外の医師・企業関係者	¥17,000	¥20,000
初期/後期研修医・臨床工学技士・看護師・学生	¥6,000	¥8,000
2月16日（金）のみ参加	¥10,000	¥10,000
2月17日（土）のみ参加	¥10,000	¥10,000
2月18日（日）のみ参加	¥3,000	¥3,000
同伴者の懇親会参加（12歳以下は無料）	¥5,000	¥5,000
	合計 ¥_____	¥_____

2007年2月9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10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： 三菱東京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