

FAX 送信先 03-3359-2517

第1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： _____

参加登録費（該当する項目を○で囲んでください）

	6月25日まで	6月26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）	¥15,000	¥17,000
コメディカル・学生	¥8,000	¥10,000
同伴者の懇親会参加（15歳以下は無料）	¥5,000	¥5,000
合計	¥_____	¥_____

2004年6月25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26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