

第39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 2.同伴者	※2023年5月1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。
1	カナ	1.会員 2.同伴者	円
2	カナ	1.会員 2.同伴者	円
3	カナ	1.会員 2.同伴者	円
4	カナ	1.会員 2.同伴者	円
5	カナ	1.会員 2.同伴者	円
合計金額			円
【備考欄】ご希望等がございましたらご記入ください。			

※2023年5月1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：2023年5月22日(月)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：6月18日(日)正午)