

近畿心血管治療ジョイントライブ2012

事前参加登録申込書

FAX受付番号

0532-52-2883

必要事項をご記入の上、**4月6日(金)**までにFAXにてお申し込みください。

(いずれかに ✓印を付けてください)

メ ディ カ ル	<input type="checkbox"/> 10,000円 (2日参加)	<input type="checkbox"/> 5,000円 (1日参加 : 4/20) <input type="checkbox"/> 5,000円 (1日参加 : 4/21)
コメディカル	<input type="checkbox"/> 2,000円 (2日参加)	<input type="checkbox"/> 1,000円 (1日参加 : 4/20) <input type="checkbox"/> 1,000円 (1日参加 : 4/21)
企 業	<input type="checkbox"/> 10,000円 (2日参加)	<input type="checkbox"/> 5,000円 (1日参加 : 4/20) <input type="checkbox"/> 5,000円 (1日参加 : 4/21)

*お申し込み受領後にお送りする『事前参加登録確認書』を会場受付にお持ちいただいた方に限り、事前参加登録費を適用して当日徴収させていただきます。

*4月19日(木)のサテライトシンポジウムの参加登録費は無料です。

*研修医および学生の方の参加登録費は無料です。(参加登録不要)

ふりがな	
御 芳 名	
所属施設名	
所属部署	
職 種	
施設住所	〒
T E L	
F A X	
E - m a i l	