

第 15 回 日本レーザーリプロダクション学会事前参加申込書

15th Annual Meeting of Japan Society of Laser Reproduction

《参加代表者》

ふりがな		職 種	医師 ・ 医師以外 ・ 学生
		懇 親 会	参加 ・ 不参加
氏 名 (代表者)		勤務先・学校名	
		部署・学部名	
住 所	(〒 -)		
TEL :		FAX :	
E-mail :			

・ 複数名の場合は代表者以外の方について別紙にご記入の上、一緒に FAX してください。

・ 懇親会参加費は無料です。参加ご希望の方は参加に○を付けてください。

※懇親会につきまして、学生の方はご参加頂けませんのでご了承下さい。

《事前申込み》

医 師	13,000 円 × () 名
医師以外	10,000 円 × () 名
学 生	0 円 × () 名
合 計	円

《当日申込み》

医 師	15,000 円
医師以外	11,000 円
学 生	0 円

《申込書送付先》

第 15 回日本レーザーリプロダクション学会事務局
〒577-0012 大阪府東大阪市長田東 1-1-14
医療法人三慧会 IVF 大阪クリニック (担当: 八百)
TEL : 06-4308-8824
FAX : 06-4308-8814
E-mail : yao452@ivfjapan.com

《参加費振込先》

銀 行 名 : りそな銀行
店 名 : 東大阪支店(223)
口座番号 : 普通 0300903
口座名義 : 第 15 回日本レーザーリプロダクション
学会学術集会事務局 尾形龍哉

※事前登録の申込み及び振込みの締切りは 2020 年 7 月 31 日 (金) と致します。

※事前申込み後、参加費のご入金が確認されず、当日にお支払い頂く場合は当日申込みと同額になりますので
ご注意ください。

※2020 年 7 月 31 日 (金) までに上記口座にお振り込みください。なお、お振込が法人の場合は必ず参加者人数
を付記願います。

※入金確認後、受領完了の FAX を送付いたします。

※お振込後にキャンセルをご希望の場合は、手数料としてお振込金額より 5,000 円 (学生 2,000 円) を差し引
いた額をご返金致しますのでご了承ください。



申込送付先 FAX : 06-4308-8814



第 15 回日本レーザーリプロダクション学会事前参加申込書

勤務先・学校名	
---------	--

ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加
ふりがな			
氏名			
職種	医師・医師以外・学生	懇親会	参加・不参加



申込送付先 FAX : 06-4308-8814

