

国際個別化医療学会 事務局宛  
FAX No. 03 (5212) 5641

第 16 回国際個別化医療学会学術集会

参加申込書

平成 年 月 日

|                  |         |
|------------------|---------|
| (フリガナ)<br>代表者氏名  |         |
| 所属機関名            |         |
| ご連絡先住所 〒         |         |
| 電話番号             | ファックス番号 |
| メールアドレス          |         |
| (フリガナ)<br>他参加者氏名 |         |
|                  |         |
|                  |         |
|                  |         |

| 参加費                          | 区分                           | 事前登録(4/26まで) | 当日登録         |
|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
|                              | <input type="checkbox"/> 正会員 |              | 8,000 円( 名)  |
| <input type="checkbox"/> 非会員 |                              | 10,000 円( 名) | 12,000 円( 名) |
| <input type="checkbox"/> 学 生 |                              | 2,000 円( 名)  | 3,000 円( 名)  |
| 情報交換会費<br>(懇親会)              | <input type="checkbox"/> 参 加 | 3,000 円( 名)  |              |

|      |  |
|------|--|
| 出展企業 | <input type="checkbox"/> (出展企業の方は、2名様をご招待いたします。) |
|------|--|