

国際個別化医療学会 事務局宛
FAX No. 03 (5212) 5641

第 17 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) 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) 他参加者氏名	

参加費	区分	事前登録(10/4まで)	当日登録
	<input type="checkbox"/> 正会員		9,000 円(名)
<input type="checkbox"/> 非会員		11,000 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 (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。)
---------	---