

国際個別化医療学会 事務局宛
FAX No. 03 (5212) 5641

第 19 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(10/17 まで)	当 日 登 録
	☐ 正会員	5,000 円(名)	7,000 円(名)
	☐ 非会員	8,000 円(名)	10,000 円(名)
	☐ 学 生	2,000 円(名)	3,000 円(名)
情報交換会費 (懇 親 会)	☐ 参 加	3,000 円(名)	

出 展 企 業	☐ (出展企業の方は、2 名様をご招待いたします。)
---------	---