

国際個別化医療学会 事務局宛

FAX No. 03 (5212) 5641 / Email: info@is-pm.org

第 29 回国際個別化医療学会学術集会

参加申込書

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	

【参加費用について】

参 加 費	区 分	事前登録(10/25 まで)	当 日 登 録
	☐ 正 会 員	8,000 円(名)	10,000 円(名)
	☐ 非 会 員	10,000 円(名)	12,000 円(名)
	☐ 学 生	2,000 円(名)	3,000 円(名)
情報交換会 参加費	☐ 参 加	3,000 円(名)	
参 加 形 式	☐ 現地学術集会参加希望 ☐ Web 配信参加希望		

【参加費用お支払先】

※所属団体名でお振込いただく場合、参加者のお名前を必ず入力してお振込ください。

振 込 先	三井住友銀行 東京中央支店
口座番号	普通 7896211
口座名義	一般社団法人国際個別化医療学会 シャ)コクサイコベツカイリョウガッカイ