送信日　　年　　月　　日

第33回日本臨床内科医学会

FAX郵送用申込書

参加区分	□ 医師13,000円　　□ 医師以外3,000円 …… ※同伴者（参加費3,000円）帯同の方はこちらからお選びください。 □ 医師＋同伴者　合計16,000円　□ 医師以外＋同伴者　合計6,000円 同伴者氏名： ご関係/ご所属： …… ※懇親会（祝宴）費は参加登録費に含まれておりますので、ぜひご参加ください。
会員・非会員	会員　／　非会員　※どちらかを丸で囲んで下さい。
ふりがな	せい：　　めい：
氏　名	姓：　　名：
所属施設	
所属部署	
連絡先・区分	□所属施設　□自宅
連絡先・郵便番号	〒　　―
連絡先・住所1	
連絡先・住所2	
連絡先・電話番号	
連絡先・メールアドレス	@
個人情報の取り扱い	ご入力いただいた個人情報は第33回日本臨床内科医学会への参加登録以外の目的で使用する事はございません。 この個人情報の取扱いに同意される方はチェックしてください。 □ 同意する

FAX：03-5816-1056

郵送宛先：第33回日本臨床内科医学会 受付窓口 行

（株）コンベンションアカデミア　上野分室
〒113-0034　東京都台東区東上野1-6-10　ARTビル4F
TEL：03-5816-1058　FAX：03-5816-1056　E-mail：jpa@media-ps.jp