



第90回日本美容外科学会参加申込書

氏名（漢字）：

氏名（ひらがな）：

医療機関名：

郵送先住所：（〒 - ）

電話番号：

ファックス：

メール：

学会参加のみ 学会参加および演題発表希望 （該当する にチェック）

○この申込書をファックスにてお送りください。登録費用は原則として銀行振込による前払いをお願いしております。登録手続きは入金確認をもって完了とみなします。

○登録期限は3月31日（必着）です。期限を過ぎると当日登録となります。ただし、参加者多数の場合、受け付けできないこともあります。

○登録費用：

下記の□にチェックし、該当欄にご記入ください。

医師 20,000円 = 円

同伴者 10,000円×_____名 = _____円 合計金額 _____円

※ 同伴者は学術集会の会場には入場できません。

※ 当日登録の場合、登録費用は医師35,000円、同伴者1名につき20,000円となります。

※ 一度入金されると、いかなる事情があっても返金はいたしませんので、ご了承ください。

○振込先：

銀行名 みずほ銀行

支店名 六本木支店（053）

口座種類・番号 普通金 4145292

口座名義 第90回日本美容外科学会 会長 ルネ・デュ・クロー
 （ダイ90カイ ニホンビヨウゲカガツカイ）

連絡先： 日本美容外科学会事務局

〒104-0061 東京都中央区銀座8-10-8 銀座8丁目10番ビル6階

Tel.: 03-3571-1270 Fax.: 03-3573-2113 メールアドレス: jsas@mac.com