

## 第 25 回 日本整形外科超音波学会 事前参加登録フォーム

下記フォームに必要事項を入力し、事務局へメールまたは FAX で送付して下さい。

学術集会事務局：〒466-8650 愛知県名古屋市昭和区妙見町 2-9 名古屋第二赤十字病院整形外科内

第 25 回日本整形外科超音波学会事務局 担当者：深谷泰士

FAX/052-832-1130 E-mail: [ortho@nagoya2.jrc.or.jp](mailto:ortho@nagoya2.jrc.or.jp)

参加費振込先：銀行名：三菱東京 UFJ 銀行

店番号：八事支店 266

口座名：第 25 回日本整形外科超音波研究会 代表 佐藤公治

口座番号：普通預金 0107501

器械振り込みは「セイケイチョウオンパサトウコウジ」でも可です。

締め切り日 5 月末日を過ぎますと事前登録は出来ませんのでご注意ください。

入金された学会参加費の払い戻しは出来ませんのでご了承ください。

ご参加について（いずれかに○をお願いします）

学会のみのご参加	学会と前夜の意見交換会の両方にご参加
----------	--------------------

事前登録学会参加費：医師 9000 円（会員・非会員）、その他医療職 4000 円

意見交換会参加費：一人 3000 円

=合計 \_\_\_\_\_ 円

振り込み日 平成 25 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(締め切り 5 月末)

参加区分（いずれかに○を、医師以外の方は職種の記入をお願いします）

会員（医師）	非会員（医師）	医師以外 職種：
--------	---------	----------

参加者情報（情報の入力をお願いします）

氏名（フリガナ）	
所属	
住所 (所属先・自宅) いずれかに○を付けてください。	〒
連絡先電話番号	
連絡先メールアドレス	