

未来を担う若手医師のための生殖医療フォーラム

会期：2014年9月6日（土）・7日（日）

会場：渋谷区医師会会議室（6日）

JISART 会員クリニック（7日）

事前登録申込書

（フリガナ： _____ ）
ご氏名： _____ 年齢： _____ 歳

ご所属： _____

○医師：下記区分（A～C）いずれかに○をし、大学卒業年度およびART 経験年数を記入して下さい。

A. 初期研修医 B. 後期研修医 C. その他（ _____ ）

大学卒業年度 平成（ _____ ）年 ・ ART の経験年数（ _____ ）年

○学生：大学名： _____

ご連絡先住所： 〒 _____

TEL： _____ FAX： _____

E-MAIL： _____

- ◆ 上記ご記入後、下記事務局へE-MAIL 添付またはFAXにてお申込み下さい。
- ◆ 申込後、3日以内に受付完了のメールを送付いたします。受付完了のメールが届かない場合は、お手数ですが、下記事務局にお問い合わせください。
- ◆ **必ずお一人様一枚の申込書**でお申込み下さい。
- ◆ 定員となり次第、締め切らせて頂きます。
- ◆ 9月7日（日）の見学・実習施設についてご指定いただくことはできませんのでご了承ください。
- ◆ 参加申込人数の関係上、キャンセル待ちの発生も予想されます。受講決定の方には改めて参加費用振込先をご連絡させていただきます。

《JISART 事務局》

〒530-0002 大阪市北区曽根崎新地 2-6-23 MF 桜橋ビル 5階
Tel. 06-6131-9741 / Fax. 06-6131-9742 / E-MAIL mail@jisart.jp

◇お申し込み先：

●E-Mail mail@jisart.jp ●FAX 06-6131-9742