

第10回日本健康医療学会記念大会 参加申込書

会期：2017年9月17日（日）・18日（月・祝日） 9：30～17：00

会場：ハリウッド大学院大学

東京都港区六本木6-4-1 六本木ヒルズハリウッドビューティプラザ 5F,7F

申込日：2017年 月 日 （参加申込書が必要な方は、コピーしてお使いください。）

種別 右記、該当するもの全てに✓印を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 会員（医師・歯科医師） <input type="checkbox"/> コメディカル・コデンタル上記以外の会員 <input type="checkbox"/> 本学会認定コーディネーター（医師・歯科医師以外） <input type="checkbox"/> 非会員（上記以外） <input type="checkbox"/> 学生（学生証提示が必要） <input type="checkbox"/> 入会手続中（職種： ）		
	（ふりがな）氏名		
所属機関名（勤務先名）			
ご連絡先住所（書類送付先） 『勤務先・自宅』 上記いずれかに○印を付けてください	〒	-	都・道・府・県 市・区・町・村
	TEL		FAX
	E-mail		
参加費		事前登録 8/31迄	9/1以降・当日登録
	<input type="checkbox"/> 会員（医師・歯科医師）	14,000円	16,000円
	<input type="checkbox"/> コメディカル・コデンタル・上記以外の会員	9,000円	10,000円
	<input type="checkbox"/> 本学会認定コーディネーター（医師・歯科医師以外）	9,000円	10,000円
	<input type="checkbox"/> 学生	1,000円	
	<input type="checkbox"/> 非会員（上記以外）	18,000円	20,000円
懇親会費 9月17日18:00～ 六本木ヒルズ森9F-49階	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	8,000円	9,000円
お振込額合計			円

本申込書をご記入の上、FAX又は郵送にて下記申込先にお送り下さい。

申込先：〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3-18-5 佐藤エーステートビル6F
 一般社団法人 日本健康医療学会大会事務局
 TEL 03-3498-1155 FAX 03-3498-4182
 E-mail：web@nihonkenkouiryoku.jp

振込先：
 みずほ銀行 渋谷中央支店 普通 1791983
 一般社団法人 日本健康医療学会 大会事務局
 (イッパツヤダノリゾノニホクワケヨリヨカッカイ タカシマヒコ)

受付	台帳	参加費	返信