

# 第14回 日本生殖心理学会・学術集会

事前参加登録申込用紙 (申込み先 FAX : **045-620-7563**)

(記入日 年 月 日)

ふりがな	該当する方に○をつけてください。	職種	1: 医師 2: 心理士 3: 看護師・助産師 4: エンブリオロジスト 5: その他( )
お名前 (申込者)	・参加 ・不参加	所属	
ふりがな		ふりがな	
お名前		お名前	
職種	1: 医師 2: 心理士 3: 看護師・助産師 4: エンブリオロジスト 5: その他( )	職種	1: 医師 2: 心理士 3: 看護師・助産師 4: エンブリオロジスト 5: その他( )
ふりがな		ふりがな	
お名前		お名前	
職種	1: 医師 2: 心理士 3: 看護師・助産師 4: エンブリオロジスト 5: その他( )	職種	1: 医師 2: 心理士 3: 看護師・助産師 4: エンブリオロジスト 5: その他( )

※ご連絡が可能な連絡先を記入の上、**自宅または勤務先**に○をつけてください。

## ご連絡先住所

(自宅・勤務先)

なお、複数人で申し込みの場合は、代表者の連絡先をご記入ください。

(〒 ) 都道 府 県
TEL ( ) FAX ( ) E-mail

※ご連絡先が**勤務先**の場合は、勤務先名と勤務先部署もご記入ください。

勤務先名	勤務先部署
------	-------

## 懇親会のおしらせ

2017年2月18日(土)19:00より、ウイングあいち5F「小ホール1」にて開催いたします。会費は**3,000円**(当日参加の場合は**4,000円**)です。懇親会に参加される方は**学術集会参加費と懇親会参加費の合計**を下記の参加費振込先口座へお振込みください。

## 2016年度会費(未納の方のみ)

①

※2016年度期間: 2016年4月1日~2017年3月31日

年会費	(今回納入される方の氏名をご記入下さい。)
5,000円/名 × (名)	

## 参加費(事前登録)

②

※事前登録は会員のみ受付いたします。

学術集会 会員参加費(事前登録) (人数を記入して下さい)		懇親会 参加費 (人数を記入して下さい)	合計 (①+②の合計)  円
医師	医師以外	一律	
13,000円/名 × (名)	8,000円/名 × (名)	3,000円/名 × (名)	

※事前登録は会員のみ受付いたします。(2016年度年会費(5,000)未納の方は、併せて入金ください。)

※入会を希望される方は、ウェブサイト(<http://www.jsrp.org/>)を参照していただき、入会手続きをお取りください。

※記載してある金額はひとり分の参加費用です。複数人で参加申込をする場合は、それぞれの人数を括弧内に記入の上、合計金額をご記入ください。

※入金確認後、受領のご案内ハガキを送らせて頂きます。

**申し込み締め切りは2017年2月4日(土曜正午)**といたします。ℳ切後は当日受け付けとなります。

※宿泊の斡旋は致しませんので、ご自身でお手配ください。

参加費振込先 みずほ銀行 新横浜支店(356)

口座番号 (普通預金) 1675235

口座名義 日本生殖心理学会

※振込が法人・施設名の場合は、必ず参加者名を付記願います。なお、原則として入金後の参加費用の返金は出来ません。お申し込み後、2月9日(火)迄に入金がない場合は当日登録になります。予めご了承ください。

申込書送付先

〒226-0003 横浜市緑区鴨居 6-19-20

(株)ヒューマンリプロ・K 内

日本生殖心理学会 事務局

TEL: 045-620-7560 FAX: 045-620-7563

事務局記入欄: 受付日 ( )

)

入金日 ( )

)