

第15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

2018年2月24日(土)19:00より、NoMad Grill Lounge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。

2017年度会費(未納の方のみ)

① ※2017年度期間: 2017年4月1日~2018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。(2017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。(年会費は参加費と一緒にお振込み頂いて結構です)

※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2018年2月9日(金曜正午)といたします。〆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16日(金)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 ()