

# 第17回日本抗加齢医学会総会 事前参加登録申込書

第17回日本抗加齢医学会総会事前参加登録の受付は、**12月6日(火)～4月14日(金)まで**

※今回のシステムは、年会費のご納入がない場合は登録ができませんので、お手続きが未だの場合には、年会費をご納入後の登録とさせていただきます。

- お申込書はFAXでお送りください。FAXでのお申込みの場合、参加登録費のお支払方法は銀行振込みのみとなりますのでご了承ください。参加登録費は、下記口座に4月14日までにお振込みをお願いいたします。
- お申込後、参加登録費のお支払を以って登録完了となります。お支払が確認できない場合、登録完了となりませんのでご注意ください。
- 入金後の参加登録費の返金はありませんので、予めご了承ください。
- お振込み日からご入金確認ができるまで3～5日掛かることがありますので、お申込後はお早めにご入金をお願いいたします。
- 事前参加登録の方には総会前に参加証・領収書・プログラム・抄録集(印刷版)を送付いたします。  
※事前参加登録のオンライン領収書の発行はありません。ご了承ください。

|  |   |  |                  |
|--|---|--|------------------|
| <b>総会参加登録カテゴリ</b>  |   | -----該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。-----                       |                  |
| <input type="checkbox"/> 正会員:16,000円 <input type="checkbox"/> 賛助会員 施設会員:16,000円 ※1名につき <input type="checkbox"/> 非会員:18,000円  |   |  |                  |
| <input type="checkbox"/> 会員学生(大学院生) : 5,000円 <input type="checkbox"/> 会員学生(学部生、専門学校生) : 無料<br><input type="checkbox"/> 非会員学生(大学院生) : 5,000円 <input type="checkbox"/> 非会員学生(学部生、専門学校生) : 無料 |   | <small>※学生登録には登録時に学生証・在学証明書を添えてお申し込みください。      ※学生登録者には参加当日に学生証(写真付き)をご提示いただきます。</small> |                  |
| フリガナ   |   | (会員の<br>IDのみ)  | (8桁)<br>□□□□□□□□ |
| 氏名   |   |  |                  |
| 所属先名・部署名<br><small>※学生の皆様は、<b>在籍校名・学部名</b>を記載してください</small>  |   |  |                  |
| 連絡先住所<br><small>※抄録集の送付先となります<br/>※E-mailまたはFaxは必ずご記入ください。<br/>登録完了の際、通知書をお送りいたします。</small>  | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅   (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。)   |  |                  |
|  | 〒 _____ 都道府県 _____  |  |                  |
|  | Tel(携帯可): ( _____ ) Fax: ( _____ )  |  |                  |
|  | E-mail(携帯メール不可): _____  |  |                  |
| ご職業<br><small>該当する項目に<input checked="" type="checkbox"/>チェックをしてください。</small>   | <input type="checkbox"/> 臨床医(大学) _____ )<br><input type="checkbox"/> 実地医家(専門分野/ _____ )<br><small>※内科・外科・耳鼻咽喉科・皮膚科・形成外科・眼科など専門分野をご記入ください。</small><br><input type="checkbox"/> 歯科医師 _____ )<br><input type="checkbox"/> 研究者(研究分野/ _____ )<br><small>※生物学・化学・薬学・農学・栄養学など研究分野をご記入ください。</small><br><input type="checkbox"/> メディカルスタッフ(専門資格/ _____ )<br><small>※看護師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士など専門資格をご記入ください。</small><br><input type="checkbox"/> 企業(業種/ <input type="checkbox"/> 製薬・薬品関連 <input type="checkbox"/> 医療機器関連 <input type="checkbox"/> 医療施設関連 <input type="checkbox"/> 食品関連 <input type="checkbox"/> 化粧品関連 <input type="checkbox"/> 健康関連 )<br><input type="checkbox"/> 美容関連 <input type="checkbox"/> サービ関連 <input type="checkbox"/> メディア・出版・広告・PR関連 <input type="checkbox"/> その他 _____ )<br><small>※職種をご記入ください。</small> |  |                  |

**参加登録についてのお問い合わせ先**

日本抗加齢医学会事務局  
〒105-0001 東京都港区虎ノ門3-10-4-313  
TEL:03-6402-2600 FAX:03-6402-2601  
※メールの場合はHPのお問合せフォームから

**参加費振込先(FAX申込)**

振込名が申込者と異なる場合は、事務局にご連絡下さい。

三井住友銀行 麹町支店 (店番218)  
普通口座:9250200  
口座名:第17回日本抗加齢医学会総会  
参加登録 代表 齋藤英胤  
(ダイジュウナナカイニホンコウカレイイガクカイソウカイ  
サンカトウロク ダイヒョウ サイトウヒテツグ)