FAX: **03-5651-7501**

申込日　　月　　日

第18回日本抗加齢医学会総会 事前参加登録申込書

第18回日本抗加齢医学会総会事前参加登録の受付は、4月10日(火)まで
会長特別企画への参加受付は3月30日(金)まで

※会員特別企画のお申込みは参加登録完了通知にご案内しています。参加登録後にご確認・お申込みください。

- 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のみとなりますのでご了承ください。参加登録費は、第18回日本抗加齢医学会の場合は4月10日。
- 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・カテゴリーの変更は行ないませんので、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）を発送いたします。

総会参加登録カテゴリー　　-----該当する項目に☑チェックをしてください。-----

□**正会員：16,000円**　□**賛助会員 施設会員：16,000円** ※1名につき　□**非会員：18,000円**

□**会員学生（大学院生）　：5,000円**　□**会員学生（学部生、専門学校生）　：無料**
□**非会員学生（大学院生）：5,000円**　□**非会員学生（学部生、専門学校生）：無料**

※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。

合計金額	**円**
フリガナ	会員ID（会員のみ）（8桁）
氏　名	
所属先名・部署名 ※学生の皆様は、**在籍校名・学部名**を記載してください	
連絡先住所 ※抄録集の送付先となります ※E-mailまたはFaxは必ずご記入ください。 登録完了の際、通知書をお送りいたします。	【□ 勤務先　□ 自宅 】（該当する項目に☑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 該当する項目に☑チェックをしてください。	□**臨床医（大学）** □**実地医家（専門分野/**　　**）** ※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。 □**歯科医師** □**研究者（研究分野/**　　**）** ※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。 □**メディカルスタッフ（専門資格/**　　**）** ※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。 □**企業（業種/**□製薬・薬品関連 □医療機器関連 □医療施設関連 □食品関連 □化粧品関連 □健康関連 □美容関連 □サービス関連 □メディア・出版・広告・PR関連 □その他**）** □**その他（**　　**）** ※職種をご記入ください。

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（11月27日より移転しました）
〒103-0024　東京都中央区日本橋小舟町6-3
日本橋山大ビル4F
TEL：03-5651-7500　FAX：03-5651-7501
E-mail：jaam2018@anti-aging.gr.jp
http://www.ant-aging.gr.jp

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。

みずほ銀行　堺 支店（店番569）
普通口座：1404805
口座名：**第18回日本抗加齢医学会総会**
会長　山田秀和
（ダイジユウハチカイニホンコウカレイイガクカイソウカイカイチヨウ　ヤマダヒデカズ）