

第36回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会 オンデマンド視聴参加登録申込書

所属ブロック			所属(機関名・診療科)		
送付先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先				
ご住所 (参加登録証の送付先)	〒				
電話番号		FAX		携帯番号	
Eメールアドレス					
代表者氏名					
キャンセル等の際の ご返金先	銀行		支店		口座名(ヨミガナ)
	普通・当座	番号			

番号	氏名	申込区分(いずれかに○印)	オンデマンド視聴参加登録費
例	リンショウ タロウ	①.会員	20,000 円
		2.同伴者	
1	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
2	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
3	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
4	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
5	カナ	1.会員	円
		2.同伴者	
合計金額			円

【備考欄】ご希望等ございましたらご記入ください。

※オンデマンド視聴参加登録は、代金の振り込み(ご入金期限2020年9月28日(月)を以て完了とします。

申込期限：2020年9月23日(水)17:00