

第 19 回日本病院前救急診療医学会総会・学術集会

当日参加登録申込用紙

※名刺をご提出いただきましたら、氏名～Email までのご記入を省略いただけます。

※この書類で得られた情報は、個人情報保護法に基づき参加登録の集約以外には、利用いたしません。

※本学会に対する助成金申請のため、ご登録いただいた内容や会期中の宿泊期間を開催地の県・市・コンベンションビューロ（観光協会）に提出させていただきます。

（受付スタッフ使用欄）名刺貼付箇所

氏名	フリガナ（ ）
所属先・部署名	都道府県（ ）
電話番号	
E-mail	※今後のご案内は全てメールとなります。数字 0 とアルファベット o(オー)、数字の 1 とアルファベット i と l(アイエル)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)等を含む場合、分かりやすいよう、はっきりとご記入ください。

登録区分 (申込該当に✓を記入)	区分	参加費
	<input type="checkbox"/> 会員	10,000 円 (不課税)
	<input type="checkbox"/> 非会員	10,000 円 (課税)
	<input type="checkbox"/> 初期臨床研修医	5,000 円 (課税)
	<input type="checkbox"/> メディカルスタッフ	5,000 円 (課税)
	<input type="checkbox"/> 救急隊員・消防隊員	5,000 円 (課税)
	<input type="checkbox"/> 学生	無料 (学生証をご提示ください)
宿泊期間	・チェックイン日: 12 月____日 チェックアウト日: 12 月____日 ・宿泊数: ____泊 <input type="checkbox"/> 宿泊無 (←宿泊の無い方は✓を記入してください)	

スタッフ使用欄	
受付日	12/15 (日)
申込金額	¥ _____
確認事項: <input type="checkbox"/> 会員有無 <input type="checkbox"/> メールアドレス	ネームカード NO. _____
決済種別: 現金	
備考:	
参加登録入力済 (入力担当者: _____)	