

FAX : 03-5367-2187
または E-mail : itscrc2018@k-con.co.jp

国際結節性硬化症会議 (ITSCRC2018)
9月15日(3日目)だけご参加の患者・家族の方への参加申込書

- *この申し込み書は3日間の参加ができない方への3日目(9/15)限定のもので、3日間参加をご希望の方は事務局までご連絡ください。
- *下記ご記入の上、FAX 又はメールに添付してお送りください。
- *ご記入された用紙は当日受付にお持ちくださいますようお願いいたします。
- * **事前参加登録一次締切りの7月31日までを8月10日まで延長いたしました。**

(申込 2018年 月 日)

フリガナ (姓)	フリガナ (名)
氏名 :	
郵便番号 〒	
住所 :	
ご所属など (ある人のみ)	
電話番号、FAX 番号	電話: FAX:

参加費 (該当するものにレ印を付けてください)

	参加カテゴリ	事前参加登録 (7月31日迄)→8/10	事前参加登録 (9月10日迄)	当日参加登録 (9月11日以降)
会議参加費	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 5,000 円 計 () 人	<input type="checkbox"/> 6,300 円 計 () 人	<input type="checkbox"/> 7,500 円 計 () 人

※託児所はございません。

合計金額 (参加費) ... _____ 円 (ご自分で記入下さい)

お振込み予定日... 月 日 参加申込みから1週間以内をご指定下さい。
予定日までにお振込みがない場合は自動キャンセルとさせていただきます。

【参加費のお支払い方法】

- お振込先 みずほ銀行 神田支店(108)
口座番号: 1 4 4 5 8 5 7
口座名義: 2018年国際 TSC リサーチカンファレンス

- * お支払領収証を保管頂きますようお願い致します。
- * 着金の御連絡は致しませんので予めご了承ください。

【参加申込書送付先・問合せ先】

ITSCRC 会議運営事務局
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-27-2 山本ビル 2 階
(株)ケイコンベンション内
TEL : 03-5367-2382 FAX : 03-5367-2187
E-mail : itscrc2018@k-con.co.jp

担当 : 荒木・吉澤