

返信先：株式会社ケイ・コンベンション

【メール】 [suimin14@k-con.co.jp](mailto:suimin14@k-con.co.jp)

(スイミン<sup>®</sup> ユウヨン)

【FAX】 03-5367-2187

申込締切：7月末日

## 第14回「睡眠医療・技術セミナー」参加申込書

申込者

ふりがな

御氏名

---

連絡先御住所 〒 \_\_\_\_\_

---

---

御所属

---

電子メール

FAX

---

臨床脳波経験年数 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

睡眠ポリグラフ経験年数 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

睡眠学会会員番号 \_\_\_\_\_

実習希望  装着実習 ※ご希望のグループにを入れてください。(複数は不可)  
 症例判読

次期認定試験の受験予定 あり なし

昼食(お弁当とお茶:1,000円)のご希望 あり なし

—参加費のお支払について—

2017年8月10日(木)までに下記の口座へ参加費7,000円をお振り込みください。

昼食を申し込まれる方は合計8,000円をお振込ください。

従来のように振込用紙の郵送はありませんのでお気を付けください。

◆ゆうちょ銀行（窓口・ATM）からお振込の場合

口座希望番号：00190-3-673433

口座名称：(株)K 第14回睡眠医療技術セミナー口

【ヨガナ】カ) ケイ ダイジュウヨンカイスイミンイリョウギジュツセミナークチ

◆他銀行（ゆうちょ銀行以外）からお振込の場合

支店名：〇一九（ゼロイチキュウ）店（019） 預金種目：当座

口座番号：0673433

口座名称：(株)K 第14回睡眠医療技術セミナー口

【ヨガナ】カ) ケイ ダイジュウヨンカイスイミンイリョウギジュツセミナークチ

参加登録は、銀行口座へ受講料のお振込をもって完了とさせていただきます。

入金確認後、受講票をお送りいたします。

【キャンセルポリシー】

お申し込み後（ご入金後）のキャンセルは事前（2日前）までに事務局に申請いただいた場合、返却経費等を差し引いた分を返却いたします。無連絡で欠席の場合はご返金できませんのでご了承ください。