

第49回日本慢性疼痛学会（縮小開催）

当日参加申込書

この度の新型コロナウイルス感染拡大にあたり、ご参加のみなさまの安全のため、ご連絡先の記入にご協力をいただいています。

氏 名	
都道府県	
所属施設	※施設名のみ記載いただき、部署は省略ください。
連絡先	※電話番号またはメールアドレス
職 種	
参加区分 ＜参加登録費＞	<input type="checkbox"/> 医 師＜¥12,000＞ <input type="checkbox"/> メディカルスタッフ＜¥3,000＞ ※受付の際、必ず職員証など身分証明となるものをご提示ください。 (初期研修医を含む) <input type="checkbox"/> 学 生＜無料＞ ※医師の大学院生は除く（受付の際、必ず学生証をご提示ください） <input type="checkbox"/> 企業関係者＜¥12,000＞ <input type="checkbox"/> Web開催参加者＜¥1,000＞ ※7月1日（水）～7月31日（金）のWeb開催参加者

登 録 日 12月 11日（金） 12月 12日（土）