FAX：03-6685-6432 ／メール（infosmcm-group@umin.ac.jp）添付

第 19 回年次カンファレンス参加申込書

氏名		フリガナ
連絡先	住所	〒
	電話番号	
	E-mail	@ （明瞭にお願いします。）
所属機関		
職種		
会員の方		会員番号：
非会員の方 （該当□にレ点）		□ 入会する（2024 年・2025 年度の会費として 3,000 円*） ＊年度末入会者に限り入会年度分と翌年度分（2 年度分）の会費として 3,000 円。 ＊入会ご希望の場合、別途事務局よりご入会ご案内をいたします。 □ 入会しない

	個人申込（早期/直前） 早期申込：～3/9、直前申込：3/10～3/16	機関申込（早期/直前） 早期申込：～3/9、直前申込：3/10～3/16
参加区分 （該当□にレ点）	L:ライブ視聴／OD：オンデマンド視聴 □会員【L】 （5,000 円／6,000 円） □会員【L＋OD】（5,500 円／6,500 円） □一般【L】 （8,500 円／9,500 円） □一般【L＋OD】（9,000 円／10,000 円）	□ 30 人未満（90,000 円/100,000 円） □ 50 人未満（120,000 円/130,000 円） □ 50 人以上（150,000 円/160,000 円）

支払方法 （該当□にレ点）	早期（支払期限：3/11） □コンビニ決済 □銀行振込 直前（支払期限：3/18） 銀行振込のみ ＊ コンビニ決済：お申込みから 3 日～7 日ほどで振込用紙をお送りします。 ＊ 銀行振込：下記振込先に合計金額をお振込みください（振込手数料のご負担をお願いします）。
支払金額	合計： 円 【参加費＋年会費(入会者)】

振込先

■銀行振込
銀行名 ゆうちょ銀行
金融機関コード ９９００
店番 ２７９
預金種目 当座
店名 二七九 店（ニナナキユウ店）
口座番号 ００９８６６５
加入者名：医療事故･紛争対応研究会

■郵便振替
口座記号･口座番号：02740-1-98665

医療事故・紛争対応研究会事務局（E-mail:infosmcm-group@umin.ac.jp／FAX:03-6685-6432）