

申込方法	FAXまたはWEBからお申込みいただけます。
FAXの場合	下記参加申込書に必要事項をご記入の上ご送信ください FAX:03-6277-4004 ※クレジットカード決済をご希望の方はWEBからお申込みください。
WEBの場合	右記QRコードを読み取り、お申込ください。



申込・支払い 期限	通常期日 —— 2024年9月20日(金) 早期割引期日 —— 2024年8月29日(金)
----------------------	--

セミナー参加費	テキスト、修了証、昼食を含みます。		
※すべて税込	会員	非会員	同伴(コメディカル限定)
通常(8/30以降)	55,000円	100,000円	25,000円
早期割引(8/29まで)	50,000円	95,000円	25,000円

受講後1ヶ月以内にマスターズクラブへご入会の方は、入会金30,000円を免除させていただきます。

充当期限:
2024年10月29日(火)

※同伴以外のご参加は医師、歯科医師、獣医師の先生に限らせていただきます。同伴は修了証はございません。ご了承ください。

参加申込書	1名につき1枚の用紙でお申込みください。※英語表記、称号は記載のものを修了証に掲載させていただきます。		
名前	姓		名
名前(英語表記)	Last Name		First Name
称号	<input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> M.D.,Ph.D. <input type="checkbox"/> D.D.S. <input type="checkbox"/> D.D.S.,Ph.D. <input type="checkbox"/> D.V.M. <input type="checkbox"/> D.V.M.,Ph.D. <input type="checkbox"/> R.N		
会員番号	※会員のみ記入		※会員同伴(コメディカル含)は会員の先生の会員番号を記載
住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒		
TEL		FAX	
メールアドレス	@		
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード		

振込先	みずほ銀行 麻布支店 普通:1071779 株式会社メディカルリサーチトウエンティワン	※お振込を確認後、申込完了とさせていただきます。 振込手数料はご負担をお願いします。
------------	--	---

会場案内

シティホール&ギャラリー
五反田

〒141-0031
東京都品川区西五反田8-4-13 五反田JPビルディング 3F

JR山手線「五反田」駅西口から徒歩5分
 東急池上線「大崎広小路」駅から徒歩1分
 都営地下鉄浅草線「五反田」駅西口から徒歩5分
 JR山手線・湘南新宿ライン「大崎」駅から徒歩7分

