

第30回日本医学会総会2019

ソーシャルイベント <テニス> 参加申込用紙

日時	2019年4月29日(月・祝) 8時30分～16時30分 (予定)
会場	名古屋市東山公園テニスセンター (愛知県名古屋市天白区天白町大字八事字裏山60-19)
参加者数	100名 (先着順)
参加費	1種目5,000円/1人
備考	種目：男子ダブルス(オープン、合計年齢別)※いずれか1種目 女子ダブルス(合計年齢別)、ミックスダブルス 参加資格：医学会総会参加者並びにその家族(1人2種目まで)
申込締切	2018年12月27日(木)
世話人	安間哲史 (安間眼科)
副世話人	栗本 秀 (名古屋大学 手の外科) 安間文彦 (国立病院機構鈴鹿病院)

以下、必要事項をご記入の上、振込明細書のコピーを併せてFAXにてご返送ください。

(フリガナ) 氏名	年齢		性別
	歳		男 ・ 女
連絡先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかを○で囲んでください) 〒 - TEL () - FAX () -		
職種等	医師 ・ 歯科医師 ・ コメディカル () ・ 学生 ・ 家族		
所属医師会	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 所属医師会なし () 都・道・府・県 医師会		
緊急連絡先 (携帯電話)	- -		
e-mailアドレス	@		
参加種目	※参加種目に✓をお付けください。2種目申し込む場合には、2つ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 男子ダブルス (<input type="checkbox"/> オープン ・ <input type="checkbox"/> 合計年齢別) ※いずれか1種目 <input type="checkbox"/> 女子ダブルス ・ <input type="checkbox"/> ミックスダブルス		
パートナー名	※パートナー名をご記入ください。2種目申し込む場合には () 内に種目をご記入ください。 () ()		
医学会総会登録	登録済 ・ 未登録		

【個人情報の取扱いについて】

ソーシャルイベント申込みの際にお預かりした情報は、ソーシャルイベントに関するご連絡や、本総会開催に関するご案内をお送りすることを目的としてご利用いたします。他の目的には使用いたしません。

申込先 FAX : 052-241-4130

【お問合せ先】公益社団法人愛知県医師会 総務部総務課

〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4-14-28 TEL : 052-241-4151

※本申込書は参加者1名につき1枚必要となります。

【参加費振込方法】

- ① 参加申込書につきましては、参加者1名につき1枚必要となります。
※パートナー名のみでお送りいただきましても、参加登録は完了いたしませんのでご注意ください。
- ② 参加費振込の際に、依頼人名の欄に都道府県と氏名をご入力ください。(各金融機関において文字数に制限を設けておりますので、入力可能な所までで構いません。)
例：アイチ サカエタロウ
- ③ 下記口座へ振込後、参加申込書と振込明細書のコピーを併せて、
愛知県医師会総務部総務課宛 FAX(052-241-4130)にてお送りください。

【振込先口座】

三菱 UFJ 銀行 名古屋営業部
普通預金 3692072
シャ) アイチケンイシカイ
カイチョウ マセキ ミツアキ
公益社団法人愛知県医師会 会長 柵木 充明

※振込手数料につきましては、貴殿にてご負担くださいますようお願い申し上げます。

【キャンセルについて】

平成31年4月25日(木) 17時までにご連絡をいただいた場合は、参加費より振込手数料を差し引いた残額を返金いたします。その後のキャンセルにつきましては、諸費用(振込手数料含む)を差し引き返金させていただきますことを申し添えます。