**Fax：０３：３５４１-０７５８**

**第４６回温泉療法医教育研修会申込書**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （会員番号：　　　　　　　） | 男・女 | 西暦　　　　　　年  　月　　日生　　歳 |
| 勤務先  所　属 | （〒　　　　　） | | |
| 連絡先  住　所 |  | TEL：  FAX： | |
| E-mail |  |  | |
| 最　終  学　歴 | （　　　　年卒業） | 医　師  免　許 | 年　　月所得    No. |
| 会員歴 | 未入会  　既会員（　　　　年度入会） | 受講歴 | 初　回　・　再受講 |

※会員番号、入会年度が分からない場合は、空欄で結構です。

**下記□にチェックをお願い致します。振込方法につきましては、後日メール致します。**

1. **領収証（インボイス対応）の宛名**

**□①氏名のみ　　　□②所属先のみ　　　□③所属先と氏名**

**所属先が上記と違う場合：**

1. **テキスト　□既に購入済（最新温泉医学の購入金額と割引価格の差額を割引します）**
2. **第90回総会・学術集会事前登録　　□登録済・支払済　　□登録済・未払　　□未登録**