

**「臨床ゲノム医療研究会」**  
**第1回“ゲノムドクター&キャスター”遺伝子セミナー**  
**申込書(兼 研究会入会申込書)**

FAX: 03-5798-2448 E-mail: mail@rinsho-genome.jp

開催日 : 2010年7月25日(日)  
 場所 : 昭和大学歯科病院 セミナールーム  
 申込締切 : 2010年7月22日(木)

お申込み日	(西暦) 年 月 日
ご氏名(漢字)	
ご氏名(カナ)	
性別	男性                      女性
生年月日	(西暦) 年 月 日
ご勤務先	
お役職	
所在地	〒
電話番号	
ファックス	
メールアドレス	
ご自宅住所	〒
郵送物希望送付先	自宅                      勤務先

**\*該当の所属分野に☑をお願いいたします。**

- 医師・歯科医(勤務医)                       医療従事者 \*お持ちの資格名をご記入下さい  
 医師・歯科医(開業医)                      \_\_\_\_\_  
 医師・歯科医(研究・教育)                      \_\_\_\_\_

**\*受講料・・・60,000円(税込)                      [\*研究会年会費10,000円を含みます]**

お申込後、下記口座までお振込みをお願い致します。  
 (恐れ入りますが、振込手数料はご負担願います)

三井住友銀行	恵比寿支店	普通口座	8696862
名義 : 株式会社メディファクト 臨床ゲノム医療研究会事務局			

【お問い合わせ先】 「臨床ゲノム医療研究会」事務局 株式会社 メディファクト  
 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-8-6 共同ビル6階  
 TEL: 03-5798-2447 FAX: 03-5798-2448