

「臨床ゲノム医療研究会」
“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9月20日(祝日)
 場所 : 昭和大学歯科病院 セミナールーム
 申込締切 : 2010年9月16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