

**第3回”ゲノム ドクター&キャスター”セミナー申込書
(兼 臨床ゲノム医療研究会 入会申込書)**

FAX : 03-5798-2448 E-mail : support@medifact.co.jp

日時 : 2010年11月23日(祝・火) 10:00~15:30
会場 : 昭和大学 歯科病院内 6階 セミナールーム

お申し込み日	(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	
FAX番号	
メールアドレス	
ご自宅住所	〒
郵送物希望送付先	勤務先 自宅

※ 該当する所属分野にチェックをお願い致します。

- 医師・歯科医師(勤務医) 医師・歯科医師(医療従事者)
 医師・歯科医師(開業医)
 医師・歯科医師(研究・教育)

※ 会費・・・該当コースにチェックをお願い致します。

- ドクターコース : 60,000円(税込み) キャスターコース : 6,000円(税込み)

お申込後、下記口座にご本人名でお振込をお願い致します。
(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	8 6 9 6 8 6 2
口座名義 : 株式会社 メディファクト 臨床ゲノム医療研究会事務局			

ご入金後の返金は、いかなる場合もお受けできませんので、予めご了承下さい。

お問合せ先 「臨床ゲノム医療研究会」メディファクト事務局
〒 150-0013
東京都渋谷区恵比寿1-8-6 共同ビル 6F
TEL : 03-5798-2447 FAX : 03-5798-2448