

“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

お申し込み日	(西暦)	年	月	日
セミナー参加日	(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 (法人名も記入して下さい。)				
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	8696862
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。