**第21回日本感染看護学会学術集会**

**事前参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** | |
| **氏名** | |
| **所 属 機 関 名(部署\*)**  ＊病棟名など |  |
| **連絡先** | **自宅 ・職場**  ＊いずれかに○をつけてください。 |
| **住　所** | **〒** |
| **TEL/FAX** | **／** |
| **メールアドレス** |  |
| **参　加　費** | ＊いずれかに〇を付けてください。会員の方は会員番号をご入力ください。  **・会員　6,000円（会員番号：　　　　）**  **・非会員　7,000円**  **・学生　　1,000円** |
| **参加費振込日** | **月　　　　日**  **振込済・振込予定**  ＊日にちを記入の上、いずれかに○を付けてください。 |