

2024AKA 学術大会参加申し込み Fax用紙

《申込用紙》

受付開始 2024年 6 月 1 日～2024 年8月 31日締切。

FAX で申し込みして下さい。

〒606-8227 京都市左京区田中里ノ前町30

たなかクリニック 田中 忠蔵

電話&Fax：075-204-3114

mail：chuzo.77acq@gmail.com

2024年9月15日 第44回日本AKA医学会学術集会 参加申込書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
参加資格	<input type="checkbox"/> 医師・ <input type="checkbox"/> 理学療法士・ <input type="checkbox"/> 理学療法士・ <input type="checkbox"/> 作業療法士・ <input type="checkbox"/> 初期臨床研修医・ <input type="checkbox"/> 医学部学生		参加費金額 円
希望日本整形外科学会講演単位取得	<input type="checkbox"/> 講演1・ <input type="checkbox"/> 講演2・ <input type="checkbox"/> 講演3・ <input type="checkbox"/> 講演4・ <input type="checkbox"/> 講演5		単位取得合計 円
			合計金額 円
参加形態	<input type="checkbox"/> 現地参加・ <input type="checkbox"/> オンライン参加		
連絡先 (勤務先)	<input type="checkbox"/> 抄録集送付先 施設住所 〒  施設名	連絡先 (自宅)	<input type="checkbox"/> 抄録集送付先 住所 〒
施設の FAX・TEL		自宅の FAX・TEL	

●振込先

銀行名：京都中央信用金庫 百万遍支店 (店番010)

口座番号：普通預金 1078498

振込先名：ニホンカンセツウインドウガクテキアプローチ (エーケーエー) イガクカイ  
ガツカイチョウ タナカ チュウゾウ ( 全て記入下さい)

振込手数料はご負担頂ければ幸甚です。

お振込みの際には個人名を記載頂きますようお願い申し上げます。