

・参加登録

1. 参加申し込みについて（以下のどちらかの方法でお申し込み下さい。）

- ① 「第 18 回 日赤検査学術大会 参加申込書」に必要事項を記入の上、郵送あるいは FAX で大会事務局までお送り下さい。

〒921-8162 石川県金沢市三馬 2 丁目 251

金沢赤十字病院 検査部 二木 敏彦

tel : 076-242-8131 (内線 1840) fax : 076-241-4427

- ② 第 18 回日赤検査学術大会ホームページからダウンロードした「第 18 回 日赤検査学術大会 参加申込書」に必要事項を記入の上、メールに添付して大会事務局までお送り下さい。

・[「第 18 回 日赤検査学術大会 参加申込書」はこちらから](#)

- ・本学術大会への参加は事前申し込み制となっております。ただし、やむを得ない場合には当日参加も可能です。
- ・参加申し込みの締め切りは平成 23 年 6 月 25 日（土）となっております。（延長しました）
- ・演題発表される方は、「演題申し込み」もお忘れなくお願いいたします。
- ・宿泊につきましては各自で手配をお願いいたします。（宿泊案内をご参照ください。）

2. 参加費

- ① 参加費は、10,000 円（会員意見交換会費を含む）となっております。

- ② 平成 23 年 6 月末日までに下記口座へ個人名で前納してください。

- ・振込手数料はご負担くださいますようお願いいたします。
- ・お振込みいただきました参加費は、原則として返金いたしかねますので、予めご了承ください。
- ・1 施設から複数名参加される場合など施設名でお振込みされる場合は、メール、FAX、郵便などで、「納入日と振込人名義、該当者名」を事務局までお知らせください。

銀行名：北國銀行 伏見台支店

口座番号：普通預金 268200

口座名義：日本赤十字社 臨床検査技師会

第 18 回日赤検査学術大会 大会長 油野 友二

3. 申込受領等の通知について

- ① 原則として e-mail にて通知します。
- ② 申込日から 10 日以内に通知が届かない場合は、下記までお問い合わせ下さい。

4. 連絡先

〒921-8162 石川県金沢市三馬 2 丁目 251

金沢赤十字病院 検査部 二木 敏彦

tel : 076-242-8131 (内線 1840) fax : 076-241-4427

e-mail : medt0438@kanazawa-rc-hosp. jp