

F A X 申込みについて

F A Xのみでの申し込みとなります。
申し込み前に必ず大会 HP をご確認ください。

*** 大会参加には本研究会会員（獣医師）もしくは獣医学科学生であることが前提となります。**

- ・新入会員の先生は申し込みに先立って入会手続きをとって下さい。詳しくはホームページの「入会ご案内」をご参照下さい。
- ・学生参加の場合、入会手続きは必要ありません。(必ず所属に大学名を書いて下さい)
- ・詳細については鳥類臨床研究会 HP をご覧ください。

*** 本年度の会費支払い（本年1月）が不明な方は株式会社タスプ（TEL：03-5970-3990、FAX：03-5970-3997）にてご確認ください。**

*** 混乱を避けるため、大会当日の受付時に来年度年会費の徴収は行いません。（来年度分は別途にご案内いたします）**

<申し込み方法について>

入金および申し込み受付を会員が確認できるように下記の手順のようになっております。お手数かとは思いますがご協力の程、よろしくお願いいたします。

1. 大会費を振り込みください。

振替口座 口座記号番号 00190-6-728622

口座名称(漢字) 株式会社タスプ 鳥類臨床研究会口

口座名称(カナ) カ)タスプ チョウルイリンショウケンキュウカイクチ

郵便局の振替口座ではなく、他銀行からの振込先口座としては、

ゆうちょ銀行 ○一九(ゼロイチキュウ)店 当座 0728622

2. お振り込み後1週間以内に大会申し込み（F A X）をお願いします。

*必ず振り込みをしてからお早めに申し込みをしてください。

*お手数をおかけ致しますが、**参加者一人毎の申し込み**をお願い致します。一括振込の場合には一括する申し込み全ての通信欄に、「振り込み人名」「領収書発行希望の有無」「領収書宛名」のご記入お願い致します。

*3日前までのキャンセルの場合には必要経費をのぞいた返金をいたします。それ以降のキャンセル（返金）は基本的にできません。あらかじめご了承ください。

・大会申し込みと同時に株式会社タスポが振り込みを確認いたします。万が一振り込みが確認されなかった場合、1週間以内にご連絡させていただきます。連絡がない場合は、入金確認でき申し込みが完了したとご理解いただけるようお願いいたします。

【参加プラン】

<会員対象>

- | | | |
|--------------------------|-------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | [10月8日(日) 症例発表会] | 9,000円 |
| <input type="checkbox"/> | [10月8日(日) 懇親会] | 5,000円 |
| <input type="checkbox"/> | [10月9日(月・祝日) BDC] | 6,000円 |

<学生対象>

- | | | |
|--------------------------|------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | [10月8日(日) 症例発表会] | 3,000円 |
|--------------------------|------------------|--------|

*事前登録にはお弁当がつきます。

【申し込み締め切り日】

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 10月8日 | 大会・懇親会 | 9月26日(火) |
| 10月9日 | BDC | 9月10日(日) |

*締め切り後は当日登録となります

【入会・年会費・会員情報の確認についての問い合わせ先】

株式会社タスポ

TEL 03-5970-3990

FAX 03-5970-3997

【大会についての問い合わせ先】

鳥類臨床研究会大会 事務局

〒331-0812 埼玉県さいたま市北区宮原町2-95-3

滝沢犬猫鳥の病院 滝沢直樹

TEL: 048-652-2777 / FAX: 048-652-2779

E-mail: taikai.jacam@gmail.com

(メールを受信すると受け取った旨の自動返信を発送します。もし自動返信がない場合は受信していない可能性があります。他の連絡手段でお問い合わせ下さい)

鳥類臨床研究会 -The Japanese Association For Clinical Avianmedicine-

<http://www.jacam.ne.jp>

第21回 鳥類臨床研究会大会 事前登録FAX申込書

【申込みプラン（必須）】

希望プランの□に✓を入れて合計金額をご記入下さい

<会員対象>	<input type="checkbox"/>	[10月8日(日) 症例発表会]	9,000円
	<input type="checkbox"/>	[10月8日(日) 懇親会]	5,000円
	<input type="checkbox"/>	[10月9日(月・祝日) BDC]	6,000円
<学生対象>	<input type="checkbox"/>	[10月8日(日) 症例発表会]	3,000円

合計金額 _____ 円

*参加人数把握のため懇親会に参加予定の方はチェックをお願いいたします。

【振込み日（必須）】 _____ 月 _____ 日（振込みをしてから申し込みをしてください）

【お名前（必須）】 _____ [会員・学生]

【所属（必須）（学生は大学名を記載）】 _____

【郵便番号、ご住所（必須）】 〒 _____

【お電話番号（必須）】 _____ (_____)

【FAX番号（必須）】 _____ (_____)

【E-mail（必須）】 _____ @ _____

【通信欄】領収書希望、一括振り込時の振り込み名義、希望など

送付先FAX番号 03-5970-3997