**送付先：jsp2020@congre.co.jp**

**参加登録済の方用**

**第109回日本病理学会総会　運営事務局**

**単位・ハンドアウト申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **メールアドレス** |  |
| **氏　名** |  |

**参加登録で登録したメールアドレスをご記入ください。**

**※申込をされる項目に〇を入れてください↓**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **プログラム** | **料金** | **申込** |
| 共通講習　（医療倫理） | 1,000円 |  |
| 共通講習　（感染対策） | 1,000円 |  |
| 共通講習　（医療安全） | 1,000円 |  |
| 共通講習シンポジウム  「2020年診療報酬改定のポイントと課題」  　（医療経済） | 1,000円 |  |
| 剖検講習会 | 1,000円 |  |
| 診断講習会ハンドアウト | 3,000円 |  |

※共通講習（医療倫理・感染対策・医療安全）は、ハンドアウト代を含みます（1名1冊）。

振込金額合計を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **振込金額　合計** | **￥** |

◆振込について、ご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込人名（フリガナでご記入ください）： | |
| 振込予定日： | 振込金額： |
| 振込人が参加者と異なる場合の振込人の連絡先： | |

【振込先】

銀行名/支店名：西日本シティ銀行　千代町支店(736)

口座番号：（普）3157790

口座名義：第109回日本病理学会総会 会長 小田義直

　ﾀﾞｲﾋｬｸｷｭｳｶｲﾆﾎﾝﾋﾞｮｳﾘｶﾞｯｶｲ ｿｳｶｲ ｶｲﾁｮｳ ｵﾀﾞﾖｼﾅｵ

【お知らせ】

・振込が確認出来次第、参加者のメールアドレスに、振込完了のお知らせをいたします。

・振込からお知らせまで、1週間程度かかりますので、ご了承ください。