**年会事務局　宛**

**日本薬史学会 2017年会（埼玉）**

**参加申込書**

下記の事項を記入し、年会事務局にFAXかE-mailでお送りください。

 **FAX ：048-721-6529**

 **E-mail：yakushi2017@nichiyaku.ac.jp**

　**年会参加申込み**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 所属 |
| 氏名 |
| 住所　〒　　　－ | 電話 |
| FAX |
| E-mail |
| 参加費(✔をつけ、合計金額を記入してください。)1. 事前参加申込みの締切は10月7日(金)です。本年は事前振込みとなります。10月7日までにお振込みください。それ以降は当日参加とさせて頂きますので、当日お支払いください。

【事前参加費振込先】銀行支店名：埼玉りそな銀行・伊奈支店口座番号：普通3958761口座名義：日本薬史学会2017年会（埼玉）　　　　　　実行委員会 (ニホンヤクシガッカイ　　　　　　　2017ネンカイ（サイタマ）ジッコウ　　　　　　　イインカイ)1. なお、後援団体（日本薬学会・日本生薬学会・埼玉県薬剤師会・埼玉県病院薬剤師会など）に所属する会員の方も日本薬史学会会員の参加費でお申込みいただけます。

右欄に所属団体名等をご記入ください。 | ［年会］ ［懇親会］□会員(事前) ：4,000円 □5,000円□会員(当日) ：5,000円 □5,000円□非会員 ：6,000円 □5,000円□学生会員 ：無料 □1,000円□学生非会員：1,000円 □1,000円左記②に該当される方□事前 ：4,000円 □5,000円□当日 ：5,000円 □5,000円□学生会員 ：無料　 □1,000円所属団体名　 　　　　 　　会員番号合計金額　￥　　　　　　　　　 |

当会では、個人情報に関する法令、規範を遵守し、個人情報を厳正かつ安全に管理します。