**第44回日本炎症・再生医学会**

**当日参加受付票**

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前** |  |
| **ご所属機関名** |  |
| **参加区分**  いずれかにチェックしてください | □ 会員　　　　　　　　10,000円（不課税）  □ 非会員　　　　　　　12,000円（税込）  □ 大学院生（会員）　　 5,000円（不課税）  □ 大学院生（非会員）　 7,000円（税込）  □ 学部学生　　　　　　 0円 |
| **会員・非会員**  いずれかにチェックしてください | □ 会員（番号：　　　　　　　）　□ 非会員  会員番号が分からない方は受付に並ぶ前に学会事務局にてご確認ください。 |

※楷書でのご記入をお願いいたします。PC入力でも構いません。

※お支払いは現金のみとなります。お釣りの無いように、お手元にご用意ください。