（書式5-1）

**性差医学・医療 研修セミナー受講申込書**

西暦　　　　　　　年 　　月 　　日

**日本性差医学・医療学会　御中**

日本性差医学・医療学会 研修セミナー受講を申請いたします.

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（自署）： |  |
| 生年月日：（西暦）　: |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 勤務先 (在学先) ：　 |  |
| 所属部署 (学部) ：　　　 |  |
| 職 　名 (学年) ：　 |  |
| 勤務先 (在学先)住所 ： | 〒 |
|  |
| **E-mail（**受講に必要なID等をこちらに送ります）：　　 |  |
| 日本性差医学・医療学会の会員資格について | * 現会員として、受講を申し込みます： 受講料 8,000円
 |
| * 非会員として、受講を申し込みます: 受講料 12, 000円
 |

**振り込みを証明するものの写し**を以下に添付して下さい