

第 67 回群馬県医学検査学会 参加申込み方法

①事前参加申請	<ul style="list-style-type: none"> 日臨技会員専用サイトから 各自事前参加申請 (必須) ※方法は下図参照
②参加者とりまとめ	<ul style="list-style-type: none"> 施設ごとに『参加費振込報告書』(学会HPからダウンロード可)に入力または記入(次頁)
③参加費銀行振込	<ul style="list-style-type: none"> 振込者名は施設名または代表者名とし、施設ごとに合計金額をお振込みください <ul style="list-style-type: none"> 群馬銀行 沼田支店 (店番号210) 普通 1686902 第67回群馬県医学検査学会 会計 林 美奈(ハヤシミナ) 振込期限: 令和4年10月31日(月) ※振込手数料は各自ご負担ください
④参加費振込報告書提出	<ul style="list-style-type: none"> 参加費振込報告書を以下の方法で学会事務局へ提出してください <ul style="list-style-type: none"> E-mailの場合 ⇒ kensa-tone03@tonehoken.or.jp FAXの場合 ⇒ 0278-25-9828 (直通)
⑤完了	<ul style="list-style-type: none"> 日臨技登録のメールアドレスにWeb参加用のID等をお送りします

【参加申込みに関する注意事項】

- ☆ キャンセルは、令和4年10月31日(月)まで可能ですが、一旦振込まれた学会参加費については、返金には応じかねます。
- ☆ Web参加用IDの不正利用は禁止です。不正が発覚した場合、学会参加費を請求いたします。

【日臨技 HP の会員専用ページから事前参加申請方法】

QRコード↓↓↓ 日本臨床衛生検査技師会 会員専用サイト <https://jamtjamtis.jamt.or.jp/Jamtis/Account/Login.aspx>

① 会員番号・パスワード入力【ログイン】

② タブをクリック

③ プルダウンより【群馬県】【都道府県学会】を選択

④ 第67回群馬県医学検査学会【選択】

⑤ ページ中段へスクロール【事前参加申込みをする】をクリック

⑥ 必須事項を入力し【入力内容を保存して閉じる】をクリック

⑦ 登録したメールアドレスに参加申請受領メールが届いたことを確認

選択	行事コード・主催(形態)・行事名	開催日
<input type="checkbox"/>	220000655-群馬県主催(WEB開催)	2022/11/27 09:00 から
<input checked="" type="checkbox"/>	第67回群馬県医学検査学会	2022/11/27 16:30 まで

沼田市沼須町 910-1 (例)大森北4-10-7
 利根中央病院 (例)日本臨床衛生検査
 病理検査室 (例)日本臨床大学
 (例)細菌検査室

入力内容を保存して閉じる 画面を閉じる

第 67 回群馬県医学検査学会 参加費振込報告書

施設ごとにまとめて以下口座にお振込みください

振込先：群馬銀行 沼田支店（店番号 210）普通 1686902

口座名義：第 67 回群馬県医学検査学会 会計 林 美奈（ハヤシ ミナ）

注意事項：振込者名は施設名または代表者名としてください

振込期限：令和 4 年 10 月 31 日（月） ※振込手数料はご負担ください

施設名： _____ 代表者名： _____ 振込日 月 日

No.	会員番号	氏 名	①日臨技サイト 事前参加申請 (済ならチェック)	学会参加費※1	領収証請求※2 (要ならチェック)
1			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
16			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
17			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
18			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
19			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>
20			<input type="checkbox"/>	円	<input type="checkbox"/>

施設合計人数 _____ 人

施設合計金額 _____ 円

【報告書の提出先】

E-mail ⇒ kensa-tone03@tonehoken.or.jp FAX ⇒ 0278-25-9828 (直通)

※1 学会参加費

会 員：1,000 円（群馬県会員・学会協賛のない賛助会員・学会協力企業）

非会員：7,000 円（会員以外：非会員の方の申込は学会事務局までお問い合わせください）

学 生： 0 円（群馬県内学校在籍者）

※2 領収証が必要な場合は、領収証請求にチェックを入れてください。メールにてお送りします。

お問合せ： 第 67 回群馬県医学検査学会 事務局長 深代 やす子 kensa-tone03@tonehoken.or.jp

利根中央病院 病理検査室 TEL：0278-22-4321（内線 226）