****

**<2017년 추계학술대회 사전등록 신청서>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **성명** |  | **병원 명 (소속)** |  |
| **의사 면허번호** |  | **전문 과목** |  |
| **e-mail** |  | **휴대폰** |  |
| **병원 주소** |  | **송금인** |  |
| **등록구분** | □전문의 □전공의 □정회원 □연구원 및 간호사, 기타\*정회원: 대한줄기세포⬝조직재생학회 정회원 또는 평생회원으로 등록을 한 경우에 해당 |
| **근무형태** | □개원의 □봉직의 □전공의 □기타 ( ) |

**대한줄기세포·조직재생학회에서 주최하는 2017 추계 학술대회 참가를 신청합니다.**

 **2017. . .**

**신청인 (인)**

**…………………………………………………………………………**

❑ **등록 안내**

- 위 신청서 양식을 작성하시어 **Fax. 02-6455-6549** 또는 **E-mail.** **strorkr@naver.com**으로

**2017년 11월 30일 (목)**까지 보내주신 후 아래 계좌로 입금 해 주시기 바랍니다.

- **등록비**

|  |  |
| --- | --- |
| **사전등록** | **현장등록** |
| 전문의 | 전공의 | 정회원 | 전문의 | 전공의 | 정회원 |
| 50,000 | 40,000 | 30,000 | 60,000 | 50,000 | 40,000 |

\* 연구원, 간호사, 그 외에 해당하시는 분의 경우 사전등록비 40,000 / 현장등록비 50,000 입니다.

**- 입금처:** 국민은행 220601-04-226115 / 예금주 : 대한줄기세포·조직재생학회

**- 문의처:** TEL. 010-3346-6542 / E-mail. strorkr@naver.com