

下記フォームに必要事項を入力後、確認ボタンを押してください。

個人情報の取り扱い※必須	<p>・ご登録いただいた個人情報は、本会の運営管理、業務および参加者名簿作成等のために使用します。</p> <p>・個人情報の漏えい、滅失および毀損の防止に努めます。</p> <p>・業務委託先に対しては、適切に個人情報を取り扱うよう指導・監督します。</p> <p>・参加登録画面に入力された情報は、SSL（インターネット上のデータを暗号化する通信技術）で送信されます。</p> <p>承認いただける場合は以下にチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 承認する ①</p>
氏名※必須	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> ②
フリガナ※必須	姓（フリガナ） <input type="text"/> 名（フリガナ） <input type="text"/> ③
所属※必須	<input type="text"/> 種別書・参加証明書に記載します ④
電話番号※必須	<input type="text"/> ⑤
メールアドレス（半角）※必須	<input type="text"/> ⑥
専門医番号※必須	<input type="text"/> 不明の場合は「99999」を入力ください。 ⑦

確認

- ① 個人情報の取り扱いの内容を確認いただき承認頂ける場合は「承認する」にチェックを入れてください。
- ② 氏名を入力してください。
- ③ 氏名フリガナを入力してください。
- ④ 所属を入力してください。
- ⑤ 電話番号を入力してください。
- ⑥ メールアドレスを半角英数字で入力してください。
- ⑦ 専門医番号を入力してください。
※不明な場合は「99999」と入力してください

第99回日本脳神経外科学会中部支部学術集会
正会員 参加登録 (1,000円)

参加申し込みを受け付けいたしました。

現時点では参加登録は完了していません。

以下のボタンよりお支払い画面へお進みください。

支払い方法はクレジットカードのみとさせていただきます。

ご利用いただけるのは、VISAカード、Masterカード、American Expressカードのみです。

正会員 参加登録(1,000円)

Pay with Card

情報の登録が完了すると
クレジット決済ボタンが表示されます。
「Pay With Card」クリックして
決済登録画面へ進んでください。

① メールアドレスを半角英数字で入力してください。

② 名前を入力してください。

③ お住まいの住所を入力してください。

④ お住まいの都道府県を入力してください。

⑤ 郵便番号をハイフンなしの半角数字で入力してください

- ① メールアドレスを半角英数字で入力してください。
- ② 名前を入力してください。
- ③ お住まいの住所を入力してください。
- ④ お住まいの都道府県を入力してください。
- ⑤ 郵便番号をハイフンなしの半角数字で入力してください

⑥ クレジットカード番号を半角数字でご入力ください。

⑦ カード有効期限を半角数字でご入力ください。

⑧ カードのセキュリティコードを半角数字でご入力ください。

- ⑥ クレジットカード番号を半角数字でご入力ください。
- ⑦ カード有効期限を半角数字でご入力ください。
- ⑧ カードのセキュリティコードを半角数字でご入力ください。