

特定商取引に関する法律に基づく表示

セミナー名称	第29回臨床細胞遺伝学セミナー				
運営事務局	臨床細胞遺伝学セミナー実行委員会 事務局 〒232-8555 神奈川県横浜市南区六ツ川2-138-4 神奈川県立こども医療センター 遺伝科内 TEL: 045-711-2351 FAX: 045-742-7821 E-mail: saibouiden-seminar(at)mist.dti.ne.jp ※ (at)は@に置き換えて送信下さい。				
運営統括責任者	黒澤 健司				
問い合わせ受付時間	平日の10:00～17:30(水曜日は除く)				
販売品目等の名称、種類	受講料				
	<p>【受講料】</p> <table border="1"> <tr> <td>一般</td> <td>12,000円</td> </tr> <tr> <td>オプション ※2</td> <td>3,000円</td> </tr> </table> <p>※2 オプションへご参加の方は、参加可否決定後、参加費をお支払ください。 オプション参加費のお支払い方法につきましては、事務局よりの振込用紙を送らせていただきます。</p>	一般	12,000円	オプション ※2	3,000円
一般	12,000円				
オプション ※2	3,000円				
商品代金以外の費用	参加登録時の通信費、振込手数料は利用者のご負担になります。				
注文方法	インターネットによる申込み				
代金支払い方法	オンラインクレジットカード決済 (銀行振込をご希望される場合は事務局までご相談下さい。)				
開催日程等	日時:未定 会場:Web開催				
引き渡し時期	受講証につきましては、セミナー講演動画配信終了後、郵送にてお渡しいたします。				
キャンセルの対応	お支払後は、理由の如何に関わらず返金できません。 二重登録、二重支払にご注意下さい。				