



第129回 The 129th Annual Meeting of the Japan Pediatric Society

日本小児科学会学術集会

No dream, No success!

みんなで創る夢のある小児医療

2026 4/17 (金) 19 (日) Sun



第129回日本小児科学会学術集会 参加登録

本催事に際しては、催事主催者が本催事開催に係る業務の利用目的の範囲で、登録いただいた参加者情報を取り扱うことに同意のうえ、申し込みください。

(任意回答項目も、同意いただける場合には回答ください。)

なお、登録いただいた参加カテゴリー・性別・年代・領域の属性情報は、参加登録受付および視聴傾向分析に利用させていただきます。

視聴傾向分析結果は、個人を特定できない形での統計情報として、第三者に公表される場合がございます。

● 基本情報

氏名	必須	<input type="text" value="例:山田"/> <input type="text" value="例:太郎"/>	氏名 姓、名 ともに15文字以内で入力してください。
氏名(フリガナ)	必須	<input type="text" value="例:ヤマダ"/> <input type="text" value="例:タロウ"/>	氏名(フリガナ) 姓、名 ともに15文字以内で入力してください。
ネームカード印字用氏名	必須	<div>氏名から引用: <input type="radio"/> する <input checked="" type="radio"/> しない</div> <div><input type="text" value="例:山田 太郎"/></div> <div>15文字以内で入力してください。</div>	現地参加の方は、ネームカードに印字されます (15字以内)
性別	必須	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 回答しない	
生まれ年	必須	<input type="text" value="例:1986"/>	4桁の数字で入力してください。
都道府県	必須	<div>--選択--</div>	
勤務先/所属	必須	<input type="text" value="例:日本コンベンションサービス"/>	領収書、登録確認証に印字されます (64字以内)
勤務先/所属(印字用)	必須	<div><input type="radio"/> 勤務先/所属から引用 <input checked="" type="radio"/> 別に設定</div> <div><input type="text" value="例:JCS"/></div> <div>15文字以内で入力してください。</div>	現地参加の方は、ネームカードに印字されます (15字以内)
職種	必須	<div>--選択--</div>	

メールアドレス	必須	<div>例:sample@sample.com</div> <p>本メールアドレス宛に登録完了のお知らせや各種ご案内をお送りします。 ドメイン指定受信・本文にURLがあるメールの受信拒否などの制限をかけている方は、 メールを受信出来ない場合がございます。 「event-ope-service.com」を指定受信設定してください。</p>
メールアドレス(確認用)	必須	<div>例:sample@sample.com</div> <p>コピー・貼り付けはできません。</p>
パスワード	必須	<div></div> <p>半角英小文字と半角数字を組み合わせ、8～64文字で入力してください。（半角英大文字や記号は使用不可） 設定いただいたパスワードは各種サービスおよびコンテンツにログインする際に必要となります。 お忘れにならないよう、必ずメモしてください。</p>

変更できません
サービスカウンター・オンデマンド配信サイト特設ページへのログインIDとなります

変更できます
サービスカウンター・オンデマンド配信サイト特設ページへのログインPWとなります

● その他情報

参加カテゴリ	必須	<div><input type="radio"/> 医師・一般（会員） 13,000円</div> <div><input type="radio"/> 医師・一般（非会員） 13,000円</div> <div><input type="radio"/> 医師以外の方（会員）（看護師、薬剤師、メディカルスタッフの方） 5,000円</div> <div><input type="radio"/> 医師以外の方（非会員）（看護師、薬剤師、メディカルスタッフの方） 5,000円</div> <div><input type="radio"/> 初期臨床研修医：無料</div> <div><input type="radio"/> 学部学生（医学部・薬学部等含む）、看護学校生：無料</div>
現地来場予定：4月17日(金)	必須	<div><input type="radio"/> 現地来場予定あり</div> <div><input type="radio"/> 現地来場予定なし（オンデマンド配信参加のみ）</div>
現地来場予定：4月18日(土)	必須	<div><input type="radio"/> 現地来場予定あり</div> <div><input type="radio"/> 現地来場予定なし（オンデマンド配信参加のみ）</div>
現地来場予定：4月19日(日)	必須	<div><input type="radio"/> 現地来場予定あり</div> <div><input type="radio"/> 現地来場予定なし（オンデマンド配信参加のみ）</div>
現地単位受講入退出記録送信先メールアドレスについて	必須	<p>重要：下記にメールアドレスを入力すると単位会場受付でQRコードをスキャンした際、セッション名と時間が送信されます。送信を希望される方はご登録下さい。誤って入力されると届きませんがQRコードでログは記録されます。</p> <div><input type="radio"/> 必要</div> <div><input type="radio"/> 不要</div>

変更できません
誤りがないよう選択してください

サービスカウンターから変更可能です

サービスカウンターから変更可能です

サービスカウンターから変更可能です

現地参加で単位受講予定のある方は、入退出時にQRコードをかざすと、セッション名と時間が送信されますので、確認用にご登録ください。上記と同じメールアドレスも可。誤りがあると送信されませんが、QRコードでログとはとれます。

参加アンケート：会員交流会
(懇親会)

必須

※会員交流会への参加申込は、現地で現金にて受け付けます。
2026/4/18(土)／会場：下関グランドホテル「飛翔」

- ☐ 参加予定あり
- ☐ 参加予定なし

サービスカウンタから変更可能です
実際の参加申込は、現地の「会員交流会受付」で
現金にてお申込みください

今年の会への参加を決定した
理由（複数回答）

必須

- ☐ いつも参加しているため（今回に限った特段の理由はない）
- ☐ 勤務先や周囲にすすめられたから・みんな参加しているから
- ☐ 開催日程（時期・曜日）の都合がよかったから
- ☐ 開催地・開催場所の都合（近さ、交通の便利さ、交通費の安さ等）がよかったから
- ☐ 開催地の観光的な魅力に惹かれたから・訪れたい場所だったから
- ☐ 演題が採用されたから・登壇依頼を受けたから（座長含む）
- ☐ 学術プログラムの内容がおもしろそうだったから
- ☐ 共催セミナープログラムの内容がおもしろそうだったから
- ☐ 資格取得や更新等のために参加しなければならないから
- ☐ 必要な単位が取得できそうだったから
- ☐ 参加者交流（パーティー）やその内容がよさそうだったから
- ☐ 企業展示会の出展内容がよかったから
- ☐ 仕事・家庭等の都合が合ったため・理解協力を得られたため
- ☐ その他

●WEB決済 3Dセキュアによるカード発行会社への認証が必要となっております。

WEB決済

必須

- ☒ する ☐ しない

規約



[公益社団法人日本小児科学会 プライバシーポリシー](#) に同意する

確認画面へ

このあと、決済画面に進みます
72時間以内にクレジット決済を行ってください