

第7回日本健康医療学会参加申込書



※会計混乱を避けるためのご協力お願い。
 下記欄にご記入し、参加費用合計を指定口座に振込します。
 『ご利用明細書』をコピーしたものを申込書に貼り付け、事務局にFAXしてください。

<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 施設会員 <input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 非会員			
フリガナ			
氏名	所属機関名		
ご連絡先住所	〒 _____		
	TEL	FAX	携帯番号
	E-mail		
	参加費	事前登録 11月25日まで	当日登録(学会会場)
✓と○で 囲んでください	<input type="checkbox"/> 会員、施設会員 (医師、歯科医師)	9,000円	10,000円
	<input type="checkbox"/> 非会員 (医師、歯科医師)	14,000円	15,000円
	<input type="checkbox"/> 会員(医師、歯科医師以外) 認定コーディネーター、 コデンタル、コメディカル	4,000円	5,000円
	<input type="checkbox"/> 学生さん	1,000円	1,000円
★懇親会	<input checked="" type="checkbox"/> 参加 5,000円 <input type="checkbox"/> 不参加 ホテルの美味しい料理です！ たくさんの方とご歓談と楽しい時をどうぞ。		
合計金額	円		

参加費等の振込先

三菱東京UFJ銀行 浦安支店
 普通 No. 0321542
第7回日本健康医療学会 大会長 大前 利道

ここに振込みした『ご利用明細書』、
 もしくは内容がわかるコピーを
 貼り付けして FAXしてください。

 一人1枚でご使用ください。

前ページなしでそのまま送ってください

FAX 047-381-2089

ご協力ありがとうございました。
 大会事務局 047-381-2077

受付	台帳	参加費	返信