

申込期間：2015年11月16日～2016年3月31日 ~~4月8日~~

FAX番号 0776-21-3353

いずれかに○を記入してください

フリガナ			参加区分					
氏名				事前申込		当日申込		
職業	いずれかに○を記入してください			医師・歯科医師	学会員	10,000円		11,000円
	医師・歯科医師				非学会員	12,000円		13,000円
	他コメディカル			他コメディカル	会員問わず	5,000円		6,000円
	学生		学生	会員問わず	1,000円		1,000円	
メールアドレス			懇親会 定員に達しました	いずれかに○を記入してください				
連絡先	名称			参加する	8,000円			
	住所	〒			参加しない			
					4/1以降のお申込みは、当日受け取りのみです。いずれかに○を記入してください			
					事前に郵送する			
		電話番号		当日受け取り				
FAX		合計金額	円					
事前申込み期限	2016年3月31日 4月8日		FAX	0776-21-3353				
振込先	振込先金融機関 福井信用金庫 支店名 本店営業部 口座番号 普通 4336154 口座名 日本在宅医学会 第1回地域フォーラム in 福井 大会長 紅谷浩之							
ご入金期限	2016年4月6日 4月8日		※振込手数料はご負担ください。					