

第14回 LMC研究集会 参加申込書

FAX: 075-366-3334 申込締切日: 7月31日(金)

申込日 年 月 日

貴施設名・貴社名			
申込担当者 ご氏名	(フリガナ)	御役職	
ご住所	〒 - - -		
ご連絡先	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

参加者ご氏名

1	(フリガナ)	御役職	現地参加・オンライン
		E-mail:	
2	(フリガナ)	御役職	現地参加・オンライン
		E-mail:	
3	(フリガナ)	御役職	現地参加・オンライン
		E-mail:	
4	(フリガナ)	御役職	現地参加・オンライン
		E-mail:	

区分		現地参加会費	人数	オンライン視聴会費	人数	情報交換会	人数	合計金額
会 員	医療関係者	8,000円	名	8,000円	名	18:00～ 19:30 お1人様 10,000円	名	円
	企業関係者	15,000円	名	15,000円	名			
	学生	無料	名	無料	名			
非 会 員	医療関係者	15,000円	名	15,000円	名			
	企業関係者	20,000円	名	20,000円	名			
	学生	無料	名	無料	名			

都ホテル京都八条でツインシングルユースを手配しておりますのでご希望の場合はお申し付けください。(先着順)
 お一人一泊 9/5(土)泊 ¥19,500円(朝食付き・税サ込、但し、変更の場合あり)。会計は各自お願いいたします。
 9/4(金)泊 ¥16,500円(朝食付き・税サ込)

宿泊手配 要 部屋数 部屋 ご宿泊者名

振込口座	ゆうちょ銀行(郵便局) 【口座番号】14410-52031871 【口座名義】特定非営利活動法人 地域医療・介護研究会JAPAN 【フリガナ】トクヒ)チイキイリョウカイゴケンキュウカイジャパン *フリガナに“・”は入りません。 *他金融機関から振込む場合は、【支店名】四四八【口座番号】(普)5203187 *尚、ご入金確認後のご返金はいいたしかねますのでご了承ください。当参加費は不課税でございます。
領収書の送付	<input type="checkbox"/> 領収書を希望 ※希望される場合は✓と宛名をご記入ください。領収書宛名:
通信欄	