

第8回 LMC研究集会 参加申込書

FAX: 075-366-3334

申込締切日: 2022年8月9日(火)

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 ※現地参加の申し込みは2名までとさせていただきます。(オンライン視聴参加の人数制限はございません。)

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

区分	現地参加 会費	人数	オンライン視聴 会費	人数	合計金額
会 員	医療関係者	5,000円	名	5,000円	名
	企業関係者	10,000円	名	10,000円	名
	学生	無料	名	無料	名
非 会 員	医療関係者	10,000円	名	10,000円	名
	企業関係者	15,000円	名	15,000円	名
	学生	無料	名	無料	名

円

尚、ご入金確認後のご返金はいたしかねますのでご了承ください。

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
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	

ご不明な点がございましたら、NPO法人 地域医療・介護研究会JAPAN 事務局 鈴木和子へお問い合わせください。

TEL: 075-366-6333 E-mail: info@lmc-japan.jp