

第10回 LMC研究集会 参加申込書

FAX: 075-366-3334 申込締切日: 7月31日(月)

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	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 15部屋を確保しておりますのでご希望の場合はお申し付けください。
お一人一泊 21,650円(税サ込)。会計は各自お願いいたします。

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たしかねますのでご了承ください。
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	