

お申込み日 21 年 月 日

第52回 日本病院・地域精神医学会総会(参加費・懇親会・宿泊・弁当) FAX専用申込書

フリガナ 申込代表者		勤務先名		
勤務先住所	〒	勤務先番号	TEL	FAX
郵便物送付先	〒	日中の連絡先	TEL	FAX

No	フリガナ 参加者氏名	性別	年齢	参 加 費				懇親会	宿泊希望申込記号		宿泊日			弁当	弁当	フリガナ 同室者の氏名
				会員	非会員	学生・家族	当事者		第1希望	第2希望	9/17 (木)	9/18 (金)	9/19 (土)	9/18 (金)	9/19 (土)	
例	ワカヤマ タロウ 和歌山 太郎	男・女	歳	○	○	○	○	○	K-1	H-1	○	○	○	○	○	ワカヤマ ハナコ 和歌山 花子
1		男・女	歳													
2		男・女	歳													
3		男・女	歳													
4		男・女	歳													
5		男・女	歳													

- ※ 正確にご記入をお願いします。
- ※ 申込書は、控えとしてコピーをお取り下さい。
- ※ お申込みFAX到着後、1週間以内に回答FAXをさせていただきます。
- ※ お申込み後に変更・取消しが生じた場合、この申込書を使用して下さい。
変更・取消しになる箇所を二重線で抹消のうえFAXして下さい。
- ※ お振込みいただきました参加費・懇親会費につきましては、
ご返金いたしませんのでご了承下さい。
- ※ 申込者名簿が不足する場合、コピーしてご利用下さい。

登録事務局受付㊟

ご費用の明細

- ① 参加費
- | | |
|-----------|--------|
| 会員 | 8,000円 |
| 非会員 | 9,000円 |
| 学生・家族・当事者 | 2,000円 |
- ② 懇親会費 7,000円
- ③ 弁当代金 1,000円
- ④ ご希望の宿泊施設費 (別紙参照)