第 59 回群馬県医学検査学会　事前参加申込書

申込み先
〒377-0061　群馬県渋川市北橘町下箱田 740
学会事務局　医療法人　北関東循環器病院　検査部
事務局長：内藤　博之
電　　話：027-230-1237（検査部直通）
ＦＡＸ：027-230-1237

各施設で取りまとめの上、施設名または代表者名で参加費を振り込んでください。

施設名（会社名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員番号	氏名 （学会参加費：※参照）	昼食（※参照）
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要
		□　不要

施設合計￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※1：事前登録者は参加費に弁当代が含まれています。弁当が不要の方のみ“□　不要”にチェックしてください（ただし、弁当代の差額は返金いたしません。）

※2：事前参加申込書が足りない場合はコピーしてお使いになるか、ホームページよりダウンロードしてお使いください。

※3：参加費は、会員 3,000 円、賛助会員および協賛企業からの参加 3,000 円、非会員 7,000 円です。

申込み及び振り込み期限　平成 25 年 10 月 11 日（金）まで（振込手数料は各自ご負担ください）

各項目に記入の上、FAX または郵送でお申し込みください。

振込先　　群馬銀行　渋川支店　普通預金
店番号　　１９０　　口座番号　１９２５３２０
口座名　　第５９回群馬県医学検査学会準備委員会
代表　高田　裕之