**第60回群馬県医学検査学会　事前参加申込書**

各施設で取りまとめの上、FAXまたはEメールでお申込みください。施設名または代表者名で学会参加費と意見交換会参加費を振込んで下さい。

施設名（会社名）：

代表者名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | 氏名参加費３０００円 | 弁当不要　※1 | 意見交換会　※２参加費３０００円 | 合計金額 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |
|  |  |  | 　参加します | 円 |

施設合計　　　　　　　　　円

※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□にチェックしてください。だだし、弁当代の差額は返金いたしません。

※２．意見交換会参加の方は□にチェックしてください。

※３．Eメール利用の場合は学会ホームページ（群臨技）よりダウンロードしてご記入ください。なお、Eメールで申込みの場合に限り受領メールを返信いたします。

**※４．当日役員および実行委員の方の学会参加申込および学会参加費は振込不要です。**

申込み及び振込期限：平成２６年９月２６日（金）まで（振込手数料は各自ご負担ください）

申込み先：第60回群馬県医学検査学会事務局　　事務局長　柴﨑　洋一

　　　　　　住　所：〒375-0015藤岡市中栗須813番地１　　公立藤岡総合病院外来センター検査室

　　　　　　電　話：0274-22-3311　　ＦＡＸ：0274-24-8704

　　　　　　メールアドレス：gai-kensa@fujioka-hosp.or.jp

振込先：群馬銀行　藤岡北支店　普通預金　口座番号　0413650

　　　　名義　第60回　群馬県医学検査学会　会計　嶋田　香（シマダ　カオリ）