

FAX又はメール

札幌なかまの杜クリニック 担当 三浦由佳、村上元

FAX : 011-688-5754

mail : sst.hokkaido@gmail.com

※ F A X の場合は表紙なくこのままお送り下さい。メールの場合は添付又は同項目を記載しお送り下さい。

第 23 回 SST 普及協会学術集会 in 札幌 参加申込書

氏 名	職 種	お弁当(11/4)(800 円)	懇親会(4,000 円)
フリガナ		(<input type="checkbox"/>)注文する ※注文の場合 (✓)	(<input type="checkbox"/>)参加する ※参加の場合(✓)
参加の形 ※該当する項目に (✓) (<input type="checkbox"/>)会員(5,000 円) (<input type="checkbox"/>)非会員(7,000 円) (<input type="checkbox"/>)学生(1,000 円) (<input type="checkbox"/>)当事者(1,000 円) (<input type="checkbox"/>)家族(1,000 円)			
施 設 名			
連絡先 ※FAX かメールでのご連絡に ご協力お願い致します。	F A X 番号		
	メールアドレス	※但し、添付ファイルが開けるもの	

事務局記載欄

受付番号	
------	--

参加取扱	昼食	懇親会	合計金額
会員／非会員			
学生／当事者／家族	円	円	円

10月19日(金)までに振り込みを完了すると事前登録のとなります。振込手数料はご負担をお願いいたします。

【振込先】 銀行名 : 北海道銀行 札幌駅前支店

口座番号 : 普通 1931542

口座名義 : SST普及協会北海道支部学術集会 事務局 三浦由佳

(エスエスティーフキュウキヨウカイホッカイドウシブ)

- 注) 振込時は必ず個人名(参加者名)での振込みをお願いいたします**
- 注) お振り込みの際の『ご利用控』を領収書としてご使用ください。**
- 注) 当日もこちらの申込書をご持参ください。**