

↑

FAX 086-274-8812

第 31 回カトリック医療関連学生セミナー2015in 岡山申込書

ふりがな 氏名	女 ・ 男	学生 ・ 一般 (○で囲んでください。)
		所属/職種 (学生は学校名・学部・学科・学年を、一般の方は医療機関名、職種を記入してください。)
連絡先住所	〒 (自宅 ・ 勤務先 ・ その他) (○で囲んでください。)	
	FAX	
電話	(日中連絡先)	
アドレス	PC ・ 携帯	
懇親会	参加 ・ 不参加 (○で囲んでください。学生は無料、原則として全員参加、一般は 2,000 円を加えてお支払ください。)	
お弁当	不要 ・ 要 (○で囲んでください。8 日のお昼のお弁当です。1つ 700 円)	
交通費の補助	不要 ・ 要 (○で囲んでください。ただし学生のみ。最安値の交通機関で) 利用交通機関() 区間(~) 交通費 () 円	
参加費(円) + 懇親会費(円) + お弁当代(円) =合計(円)		
<p>を下記の口座に振り込みました。</p> <p style="margin-left: 40px;">□座 ゆうちよ銀行 記号 15400 番号 5108741 普通預金 □座名 岡山カトリック医師会</p> <p style="margin-left: 40px;">他の金融機関から 店名 五四八(ゴヨンハチ) 店番 548 普通預金 □座番号 0510874 □座名 岡山カトリック医師会</p>		
通信欄		

送付先 岡山カトリック医師会
第 31 回カトリック医療関連学生セミナー2015 in 岡山準備委員会
事務局 〒703-8282 岡山市中区平井 5-6-19
井村医院 FAX 086-274-8812