

第 2 7 回青森県長寿研究会参加申込書

参加をご希望される方は、下記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。
参加費ならびに弁当代は、前日までに下記振込先に送金願います。

なお、当日欠席されても弁当代は返金いたしませんので、ご了承ください。

当日、振込領収書のコピーを受付にご提示ください。参加章、抄録集を差し上げます。

申 込 先：青森県医師会 FAX 017-735-7344

振 込 先：青森銀行 本店 普通預金 口座番号 1609450
公益社団法人青森県医師会 会長 齊藤 勝

申込締切：平成30年10月10日（水）

施 設 名	
住 所	〒 _____ 電 話 () - FAX () -
参加代表者名	
研究会参加 ならびに 弁当申込	参加希望者数 名 (内、青森県医師会員 名) 参加費 2,000円× 名 計 _____ 円 弁当 1,000円× 個 計 _____ 円 <div style="text-align: right;">合計 _____ 円</div> ※青森県医師会員は、 <u>参加費無料</u> です。
返金の際の 振込口座	銀 行 名 口 座 名 口 座 番 号

※お問い合わせは下記までお願いします。
青森県医師会医療企画課（武田・鈴木）
TEL 017-723-1911