

平成11年度

「第22回日母性教育指導セミナー」参加申込書

[ 宿泊・視察研修 ]

都道府県名	
-------	--

申込責任者	所属部署	
	氏名	
	住所1	〒 (自宅)
	住所2	〒 (勤務先)
	電話	自宅 勤務先
F A X	自宅 勤務先	

番号	氏名	性別	年齢	(ア)		(イ) 懇親会費 7月3日	(ウ) 宿泊申込		(エ) 視察研修 7月3日	その他連絡事項 (同室希望者名等)	合計金額 (ア)+(イ)+(ウ)+(エ)
				日母会員・医師 (10,000)	非医師 (4,000)		7月3日	7月4日			
例	トウ キョウ タロウ 東京 太郎	男	33	10,000		5,000	A - 1 10,500	A - 1 10,500	Aコ - ス 27,000		63,000
1											
2											
3											
4											
5											
合計金額											通信手数料 525円 円

1. 各項目には「セミナー参加・宿泊・視察研修のご案内」の申込み記号をご記入下さい。

また、ホテルでの同室希望者がいる場合、トリプルルームご希望の場合、「その他の連絡事項」欄にその方の住所もご記入下さい。

2. 日母会員の方は上記「日母会員」欄に を記入下さい。

3. 取り消し等の場合は銀行振込にて申込金をお返し致しますので、右下欄に申込責任者の銀行口座をご記入下さい。

4. 送金手数料は参加者負担でお願い致します。

取り消し等で当社から返金が生じた場合、下記口座へ返金させていただきます。

銀行名	
支店名	
口座番号	当 ・ 普
口座名	