

第36回中国四国アールコールド関連問題学会 愛媛大会(振込み連絡票)

送信先:0895-24-1182

宇和島病院 外来 西田 宛
宇和島市柿原1280番地
TEL 0895-22-5622
FAX 0895-24-1182

送信票等をつけずに送信してください。
申込期限: 7月16日(火)

お申し込み日 2019年 月 日

振込名義

合計金額 ¥

No	参加者氏名 <small>ふりがな</small>		参加費						会場宿泊	懇親会参加	合計金額	送迎利用	備考	
			一般	学生		学生		学生						
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	
	男	女	2日間 ¥6,000	1日のみ ¥3,000	2日間 ¥3,000	1日のみ ¥1,500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¥5,500	<input type="checkbox"/>	¥6,000	<input type="checkbox"/>	希望する	

※ 参加費等は希望する項目の□を塗りつぶしてください(■濃く)。

※ 1日のみの参加を希望される方は、備考欄に参加日を記載して下さい。

※ 会場泊はツインの部屋となりますが、シングルを希望される方は備考欄にシングルと記載してください。希望に添えるように努力します。