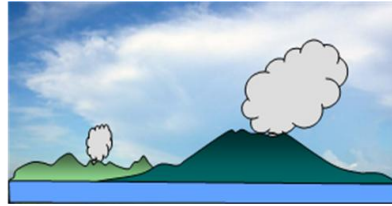


To: 大勝病院 有村公良  
Fax No. 099-254-9643



第23回臨床神経生理研究会参加申込書

代表者名: \_\_\_\_\_  
所 属: \_\_\_\_\_  
連絡先: 〒 \_\_\_\_\_  
TEL ( ) \_\_\_\_\_  
FAX ( ) \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

参加者: \_\_\_\_\_名 (男性 \_\_\_\_\_名、女性 \_\_\_\_\_名)

(ふりがな) 参加者氏名	性別	所属	職種	参加 (〇をつけてください)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)
				宿泊・懇親会・セミナー (両日・2日目のみ)

☆参加費 宿泊、懇親会、セミナー参加 16,000 円, 懇親会とセミナー参加 (宿泊なし) 9,500 円,  
両日ともセミナーのみ参加: 4,000 円、2日目のセミナーのみ参加: 3,000 円

(振込先)

福岡銀行 県庁内支店 普通預金口座 213 1058734

臨床神経生理研究会 代表 飛松省三

参加申込締切: 7月18日(月曜日)、参加費振り込み締切: 8月16日