

第 23 回 医学情報サービス研究大会 参加申込書

送付先：医学情報サービス研究大会 FAX 参加申込み窓口

FAX 番号：0438-52-3544

お申込み日 2006 年 月 日

大会参加申込み	内容	申込み	領収書発行
	希望する内容に丸を付けてください。		
	大会参加*	3,500 円	
	継続教育コース	1,000 円	
	学生参加	1,500 円	
	懇親会	4,500 円	
	合計金額		円
領収書宛先			
領収書発行様式	全額一枚で発行	別々に分けて発行	

*7月1日以降のお申込みは大会参加費が4,000円になります。

フリガナ			
氏名			
フリガナ			
所属			
連絡先	職場	自宅	郵便番号
フリガナ			
住所			
電話番号			FAX 番号
メールアドレス			
通信欄			

*お申込みいただきました個人情報は、医学情報サービス研究大会の運営に関わることにのみ使用させていただきます。その他の目的で使うことは一切ございません。

*大会事務局より、メールマガジンの発行をいたします。受け取り不要な方は、通信欄に記入をお願いします。

実行委員会利用欄

受付	エントリーNo.	送付

