第15回日本神経病理学会　東海・北陸地方会

参加申込用紙

参加される方の氏名等のご記入をお願いします。

学生、技術職など参加費無料の方についてもご記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 所　属・職　名 | 氏　　名 | 参加費（〇をつける） |
|  |  |  | 1000円　・　無料 |
|  |  |  | 1000円　・　無料 |
|  |  |  | 1000円　・　無料 |
|  |  |  | 1000円　・　無料 |
|  |  |  | 1000円　・　無料 |
| 振り込み合計金額 | | | 円 |

〇登録申込み代表者の連絡先

　　代表者名：

　　メールアドレス：

〇メールにて下記までお申し込みください。

提出期限　　８月２９日（金）

E-mail: [iouneuropath@gmail.com](mailto:iouneuropath@gmail.com)

〇下記口座へ参加費の振り込みをお願いします。振込手数料はご負担ください。

振込口座　銀行　支店（店番１２３）　普通口座　５９６８５

第15回日本神経病理学会　東海北陸地方会

〇登録申し込み代表者と振り込み元が異なる場合など、その他連絡事項など、あればご記載ください。

連絡事項：