

登録料+懇親会費の合計額をご入金ください

日本眼腫瘍学会会員：8,000円
 // 非会員：10,000円
 初期研修医、コメディカル：3,000円
 +
 懇親会費 医師：8,000円
 研修医・コメディカル：5,000円
 (その他の登録区分の方の金額はホームページを参照してください)

登録区分は会員、非会員、初期研修医、コメディカル、学生、医師以外の大学院生、非医師・民間研究員のいずれかをご記入下さい。懇親会費の有無も必ずご記入下さい。

払込取扱票

口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。

00	口座記号	口座番号 (右詰めで記入)	金額	千	百	十	万	千	百	円
	00720	0070117					16000			
加入者名 第36回日本眼腫瘍学会			料金	備考						
登録区分：日本眼腫瘍学会会員 懇親会費：有 〒920-8641 金沢市宝町13-1 金沢大学附属病院眼科 金大 太郎 (ご連絡先電話番号 012-345-6789)										
日附印										

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
 これより下部には何も記入しないでください。

各票の※印欄は、「ご依頼人様においてご記入ください。」

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号	00720	0070117	金額	千	百	十	万	千	百	円
							16000			
加入者名 第36回日本眼腫瘍学会										
おなまえ ご依頼人 金大 太郎 様										
(消費税込み) 日附印										
料金										
備考										

この受領証は、大切に保管してください。

ネームカードの送付先をご記入ください。
 勤務先も必ずご記入ください。