

受講連絡票

太枠の中をご記入下さい

フリガナ

受講者名

参加希望日・受講講義番号（プログラム参照）に○をつけて下さい

7月6日（金） ・ 7月7日（土） ・ 7月8日（日）
 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18

勤務先名

受講証送信先住所 〒 勤務先 ・ 自宅

連絡先電話番号

電子メール

お弁当（1食500円） ご希望の方は必要日に○をつけて下さい

7月7日（土） ・ 7月8日（日）

病院駐車場駐車許可書 ご希望の方は必要日に○をつけて下さい（受講日当日に配布）

7月6日（金） ・ 7月7日（土） ・ 7月8日（日）

お振込みのご案内

受講日合計額

7月6日
 4,000円
 7月7日・8日
 各10,000円

テキスト代
 合計金額

小計

3日間参加の場合は
 24000円+2000円=26000円に
 なります

+ = ①

お弁当代（1日） 必要日数 お弁当代合計
 × = ②

お振込み合計金額①+② =

お振込先

銀行名 七十七銀行大学病院前支店
 口座名 一般社団法人東北大学医師会 （普）9147993

振込元には必ず受講者のお名前をご記載下さい

領収書ご希望の方

領収書宛名

但書の指定

東北大学大学院医学系研究科産業医学分野内
 産業医学研修会事務局 事務担当：齋藤

FAX：022-717-7883

E-mail：kensyu-kai@doh.med.tohoku.ac.jp