

—地域がん登録全国協議会第25回学術集会—

申込代表者 【連絡先】

申込記入日	平成 年 月 日
ふりがな	
氏名	
勤務先・所属	
連絡先住所	〒 ー
連絡先E-mail*	
連絡先TEL/FAX	/

※このアドレスに受付完了の確認メールが送られます。jacr2016@ishikawa.med.or.jpからのメールを受信できるようにしておいてください。メールアドレスをお持ちでない方は、FAXにて受付完了をお知らせします。

参加者情報【申込内容】(申込代表者が参加される場合も必ず入力して下さい)

	ふりがな 氏名	6月2日(木)※		6月3日(金)※	
		担当者研修会 ¥1,000	情報交換会 ¥4,000	学術集会 ¥3,000(加盟県) ¥4,000(非加盟県)	お昼お弁当 ¥1,000
1	-----	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加(加盟県) <input type="checkbox"/> 参加(非加盟県) <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 予約有 <input type="checkbox"/> 不要
2	-----	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加(加盟県) <input type="checkbox"/> 参加(非加盟県) <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 予約有 <input type="checkbox"/> 不要
3	-----	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加(加盟県) <input type="checkbox"/> 参加(非加盟県) <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 予約有 <input type="checkbox"/> 不要
4	-----	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加(加盟県) <input type="checkbox"/> 参加(非加盟県) <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 予約有 <input type="checkbox"/> 不要
5	-----	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 参加(加盟県) <input type="checkbox"/> 参加(非加盟県) <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 予約有 <input type="checkbox"/> 不要

※は必須項目です。必ず選択して下さい。

返信先	E-mail	jacr2016@ishikawa.med.or.jp
	FAX	076-239-3810