

## 第 5 回北陸 GID 研究会 参加申込書 (ㄨ切 1 /31)

事業所名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ふりがな 氏名	所属部署	アドレス	参加方法 (○で囲んで ください。)
			会 場 Zoom

 **Point!** (アドレスは代表者のみでも構いません。)

**注 1:** アドレスは明確に記入してください。(例：数字とアルファベットの区別など)

**注 2:** Gmail や Yahoo 等の容量の大きいメールに対応できるアドレスの使用をおすすめします。

**注 3:** 大量送信者へのブロック設定があるアドレスの使用はお控えください。



参加費(お一人 2,000 円)は、以下指定振込口座にご入金をお願いいたします。  
参加申込後、5 日以内のご入金にご協力ください。

北陸銀行 呉羽支店 普通 口座番号 6092906 北陸 GID 研究会



当院の医療従事者は、参加申込書と参加費を北陸 GID 研究会事務局(形成再建外科・美容外科教室)までご持参ください。(事前申込)

※振込み確認後、開催日が近づきましたら Zoom のミーティング ID 等をお送りいたします。

※ご記入いただきました情報は当日の出席確認及び次回案内書の送付に利用いたします。