

第63回全国大会参加申込書

支部

提出先

FAX: 03-6907-3529

メール: jmda_info@mljmda.or.jp

参加者氏名	未成年 ○	患者 付添	全国大会に参加 参加費: 会員1人2,000円 *付添無料	懇親会に参加 参加費: 1人5,000円 *未成年無料	一人当たりの 参加費合計
		会員			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円

参加費合計

円

上記該当欄に必要事項及び、○印を記入してください。
参加者総合計金額を記入し右下の口座に振込んでください。

* 下のURL、右のQRコードからも申込可能です。
<https://forms.gle/FGjHmgn4LFSM6Qav5>



* 準備の都合上、懇親会への当日飛び入り参加はできません。

注意: 総会への参加は、別の申込書をお使いいただきます。

上記金額を 月 日に振込 済 ・ 予定

申込責任者 氏名:

メールアドレス:

連絡先電話番号:

申込締め切り: 5月25日(月)

【振込先】

* ゆうちょ銀行からの場合 (ATM、払込票共)

00170-2-601103

加入者名: 一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

* 他銀行からの場合

ゆうちょ銀行 (金融機関コード: 9900)

店名: 〇一九 店 (ゼロイチキユウ店)

預金種目: 当座

口座番号: 0601103

口座名義: 一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

備考欄