

臨床美術学会 2010 大会 参加申込書 (FAX : 03-5981-6012)

	姓(Family name)	名(Given name & Middle name)
フリガナ		
氏 名		

連絡先	1. 所 属	2. 現住所
-----	--------	--------

※連絡先をご指定下さい。

■所属■

所属機関 (名称及び 部署・部課)		
所在地	〒	
	TEL : (内線)	FAX :
	e-mail :	

■自宅■

現住所 (自宅)	〒	
	TEL :	FAX :
	e-mail :	

■参加オプション選択■

参加区分	☐ 臨床美術学会会員 (8,000円) ☐ 一般 (10,000円)
11月26日(金)の 研究発表申し込み	☐ 発表する (2,000円) ☐ 発表しない
11月26日(金)の交流会参加 (当日支払・8,000円)	☐ 参加する ☐ 参加しない

■研究発表内容等■ (以下は「発表する」にチェックした方のみご記入下さい。)

タイトル	
副 題	
発表内容の 概略	
視聴覚機器の 使用	☐ 液晶プロジェクター ☐ 希望しない ☐ その他 ()

※参加費合計額(“参加オプション選択”でチェックした合計額)を、以下口座にお振り込みください。

ゆうちょ銀行普通預金口座

記号 10130 番号 38405211 名義 リンショウビジュツガッカイ

他銀行から入金される場合

店名 〇一八 (ゼロイチハチ) 店番018

普通預金 口座番号 3840521