

FAX送信先：03-5366-2993

大会参加費「早割」対応申請書

社団法人日本精神保健福祉士協会 会長 竹中 秀彦 様

第47回社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会・第10回日本精神保健福祉士学会学術集会に係る参加費につきまして、「早割」価格での参加を申請します。

申請日	年 月 日	
氏名	①	
会員番号	—	
所在地（住所） ※ご自宅またはご職場	(〒 —) 都道府県	
	ご職場の場合、機関名	
連絡先	※ご連絡を差しあげて良い電話番号をお書き下さい。 第1連絡先 — — (□自宅 □職場 □携帯)	
	第2連絡先 — — (□自宅 □職場 □携帯)	
大会・学術集会 お申込み内容	※参加申込内容すべてにチェックをお付けください。 <input type="checkbox"/> プレ企画 (6/9) <input type="checkbox"/> 大会・学術集会 (6/10・6/11)	
ご返金先 金融機関口座	金融機関名	
	支店名	
	預金種別	普通 ・ 当 座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

【事務処理欄】 ※以下は事務処理欄のため記入は不要です。

受付日	処理日1	処理日2		