

送信票 ②

宛先	第45回九州地区重症心身障害研究会 事務局 国立病院機構福岡病院／療育指導室長 中原佐代子 E-mail 603-fukuoka2@mail.hosp.go.jp FAX 092-565-5690 振込口座: 西日本シティ銀行(0190) 長住支店(706) (普通)3128243 第45回九州地区重症心身障害研究会 事務局長 中原佐代子
----	--

第45回九州地区重症心身障害研究会／参加費振込報告書

施設名			
連絡責任者		部 署	

参加費	2,500 円	×	名	=	0 円
弁当代	1,000 円	×	名	=	0 円
合計					0 円

振り込み者氏名 ()

※振り込みを行った方のお名前をご記載ください

振り込み予定日 ()

※振り込みを行う予定日(もしくは行った日)をご記載ください

■通信欄(ご要望等ありましたらお願い致します。)