

# 参加申込書

1st CCF Coloproctology Symposium in Tokyo, Ginza  
- 2006年6月10日 時事通信ホール

お間違えのないようにご記入ください。

1	代表者氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生
2	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
3	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
4	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
5	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
6	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
7	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
8	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
9	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族
10	氏名： 住所： 電話：	所属：	医師 研修医 学生 家族

参加費用 (個人 団体申し込み用)

個人 (1名)での参加 :15,000円  
ご家族の参加 :1名あたり5,000円

団体  
3名以上での参加 :1人 10,000円  
5名以上での参加 :1人 6,000円  
10名以上での参加 :1人 3,000円

合計金額

受付登録が完了致しましたら、E-mailにて参加確認書をお送り致します。

E-mailにてお送りできない場合やアドレスをお持ちでない場合はFAXにてお送り致します。

シンポジウム当日に参加確認書をお持ちのうえ、受付にて参加費をお支払い頂くようになります。

OFFICE USE ONLY

Date:

ID:

Return:

返信先: CCFシンポジウム事務局

東葛辻仲病院内

電話: 04-7184-9117 / FAX: 04-7184-9117 / E-mail: ccfsymptokyo@gpro.com