

淑瞳会へのFAX用紙

ご返信は5月31日(土)までにお願いします

送付先	兵庫県眼科医会 事務局 宛
FAX 番号	078-221-3600
件名	淑瞳会（6月21日開催）出欠のお返事

日時 平成26年6月21日（土） 17:00～（受付開始16:30）
 ところ ポートピアホテル 南館B1F 「サファイア」第一部学術講演会
 南館16F 「レインボー」第二部懇親会

会費 A 会員/15,000 円、B 会員/8,000 円、C 会員/3,000 円
 学術講演会のみ/1,000 円

（学術講演会・懇親会とも男性の先生もぜひご参加ください）

○第32回 淑瞳会に **出席・欠席・学術講演会のみ**に出席

いずれかに○をつけてください

- ご芳名
- ご住所 〒 自宅・勤務先
- 電話番号 自宅・勤務先
- 勤務先名称
- E-mail 淑瞳会の連絡のためにのみ使用します
- 通信欄

無料託児サービス申込み（事前に担当者より上記アドレス宛に連絡がいきます）

- お子様の^{ふりがな}名前
- お子様の年齢 才 ケ月
- 性別 男の子 ・ 女の子 どちらかに○をつけてください
- 緊急連絡先電話番号（携帯電話等）
- 通信欄