

# 60周年記念大会参加申込書

支部

提出先

FAX: 03-6907-3529

メール: jmda\_info@ml.jmda.or.jp

参加者氏名	未成年 ○	患者 付添	記念大会に参加 参加費: 会員1人2,000円 *付添無料	懇親会に参加 参加費: 1人4,000円 *未成年無料	一人当たりの 参加費合計
		会員			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円
		会員 付添			円

参加費合計

円

上記該当欄に必要事項及び、○印を記入してください。  
参加者総合計金額を記入し右下の口座に振込んでください。

- \* 右のQRコードからも申込可能です。
- \* 準備の都合上、懇親会への当日飛び入り参加はできません。
- \* 宿泊施設はご自身で手配をお願いいたします。



上記金額を 月 日に振込 済 ・ 予定

申込責任者 氏名:

メールアドレス:

連絡先電話番号:

### 【振込先】

\* ゆうちょ銀行からの場合 (ATM、払込票共)  
00170-2-601103

加入者名: 一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

### \* 他銀行からの場合

ゆうちょ銀行 (金融機関コード: 9900)

店名: 〇一九 店 (ゼロイチキユウ店)

預金種目: 当座

口座番号: 0601103

口座名義: 一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

申込締め切り: 9月11日(月)

備考欄