第74回日本キリスト者医科連盟総会参加申込書

**申込締め切り：7月31日(月)必着**

**jcma-kanto@japan-cma.net****までお送りください**

**１．出席**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（ふりがな） | 年齢 | 参加費（円） |
| 本人 |  |  |  |
| 家族１ |  |  |  |
| 家族２ |  |  |  |
| 家族３ |  |  |  |

[参加費]

社会人　　　38,000円　　　　学生　　20,000円

家族　大人　28,000円　　　中高大生　20,000円　　　小学生　10,000円

　　　3歳～未就学児　10,000円　　3歳未満は無料（布団や食事はつかない）

部分参加宿泊食事込み　25,000円

【宿泊】　シングルルーム希望(する・しない)に〇をつけてください。

シングルルーム希望の場合5000円追加となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 |  |
| 所属部会 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| Email |  |

下記の食事・宿泊の欄に必要な人数を記入してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 人数 |
| 8月25日（金） | 夕食 |  |
|  | 宿泊 |  |
| 8月26日（土） | 朝食 |  |
|  | 昼食 |  |
|  | 夕食 |  |
|  | 宿泊 |  |
| 8月27日（日） | 朝食 |  |

**Ⅱ.ご寄付のご協力、宜しくお願いします。（　　　　　　円）**

振込合計金額（　　　　　　　　円）　**送金締め切り8月4日（金）**