

第 28 回視覚障害リハビリテーション研究発表大会 当日参加登録 申込書

太線の枠内の項目についてすべてご記入ください。

| | |
|--|--|
| ふりがな 氏 名 | |
| 所属機関 (団体) の名称 | |
| 所属先の 都道府県 | 都 道 府 県 |
| 所属先の 電話番号 | |
| 参加区分 当てはまるものに ☑をつけて ください。 | <input type="checkbox"/> 視覚障害リハビリテーション協会 会員 6,000 円 <input type="checkbox"/> 非会員 8,000 円 <input type="checkbox"/> 学生 ※学生証の提示をお願いします。 2,000 円 |

事務局記載欄

| | | | |
|----------|----------|----------|-----------|
| ①参加区分確認 | ②懇親会 | 受付日 | (受付 No) . |
| 会員 学生 | 参加する・しない | 26・27・28 | |