

## 記念行事参加申込要領

各記念行事の参加申込要領（P.29以降参照）に従い、ご応募下さいますようご案内いたします。

なお、申込みに関する事項は、次のとおりですので、ご留意の上お申込み下さい。

- 1) 参加申し込みは、各記念行事の申込用紙に必要事項を記載の上、郵送又はFAXにてお送り下さい。
- 2) 参加費及び懇親会費のお振込みは、下記の専用振込用紙をご利用下さい。  
(裏面通信欄の参加申込大会名は該当分に○印をお付け下さい。)

- 3) 参加申込先：〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

福岡県医師会内

第109回九州医師会医学会記念行事係

TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

- 4) 送金先：福岡銀行 筑紫通支店・普通預金 No.1510979

口座名／第109回九州医師会医学会

- 5) 参加申込及び送金締切日：各大会の申込締切日までに必着

### 振込金領収書

平成	年	月	日
金額			円
振込先	福岡銀行 筑紫通支店		
お受取人	第109回九州医師会医学会		
ご依頼人	様		
備考	手数料		円

上記のとおり振込金として領収いたしました。

組合  
銀行 店

(取扱店→依頼人)

取入印紙  
3万円以上  
200円

### 振込通知書

平成	年	月	日
金額			円
振込先	福岡銀行 筑紫通支店		
お受取人	第109回九州医師会医学会		
ご依頼人	おとこ	様	
	おなまえ	様	
備考	(TEL)		

上記のとおりお振込みいたしましたのでご通知申し上げます。

(取扱店) 組合  
銀行 店

(取扱店→取まとめ店→受取人)

### 振込依頼書

電信扱  
手数料

要手数料

円

平成 年 月 日

振込先 福岡銀行 筑紫通支店

勘定科目

普通 口座番号 1510979

金額

第109回九州医師会医学会

現金

内 当座券枚

他手1枚

他手2枚

ご依頼人 様

備考

TEL ( )

検査印

精査印

記帳印

振替科目又は現金取扱済印

(取扱店保管)

## 通 信 欄

### 第109回九州医師会医学会記念行事

参加申込大会名(該当に○印をして下さい)

ゴルフ・走ろう会・囲 碁  
ラグビー・サッカー・テニス  
謡 曲・卓 球・剣 道

所属医師会名(県・都市医師会名をご記入下さい)

県 医師会

参加申込者氏名

(TEL)