

ボウリング大会参加申込書

	氏名	男	女	会員	家族	従業員	看護専門学校		該当する場合 ○印を記入	会費
							准看	看護		
1	フリガナ								中学生 身障者	円
2	フリガナ								中学生 身障者	円
3	フリガナ								中学生 身障者	円
4	フリガナ								中学生 身障者	円
5	フリガナ								中学生 身障者	円
6	フリガナ								中学生 身障者	円
7	フリガナ								中学生 身障者	円
8	フリガナ								中学生 身障者	円
9	フリガナ								中学生 身障者	円
10	フリガナ								中学生 身障者	円
合計		参加者			名		会費		円	
医療機関名・住所・TEL										

※該当欄に○印をご記入の上、会費を添えて仙台市医師会事務局までお持ち下さい。

締切 6月14日(金)
 会費 会員 3,000円 家族・従業員 1,500円 看護専門学校生 500円

----- キ リ ト リ 線 -----

領 収 書

令和 元 年 月 日

_____ 様

金 _____ 円 () 名分

但し、第50回仙台市医師会親睦ボウリング大会参加費として

一般社団法人仙台市医師会厚生部 印