

淑瞳会へのFAX用紙

ご返信は5月31日(土)までにお願いします

送付先	兵庫県眼科医会 事務局 宛
FAX 番号	078-221-3600
件名	淑瞳会(6月21日開催)出欠のお返事

日時 平成26年6月21日(土) 17:00~(受付開始16:30)  
 ところ ポートピアホテル 南館B1F 「サファイア」第一部学術講演会  
 南館16F 「レインボー」第二部懇親会

会費 A 会員/15,000 円、B 会員/8,000 円、C 会員/3,000 円  
 学術講演会のみ/1,000 円

(学術講演会・懇親会とも男性の先生もぜひご参加ください)

○第32回 淑瞳会に **出席・欠席・学術講演会のみ**に出席

いずれかに○をつけてください

- ご芳名 .....
- ご住所 〒 ..... 自宅・勤務先
- 電話番号 ..... 自宅・勤務先
- 勤務先名称 .....
- E-mail ..... 淑瞳会の連絡のためにのみ使用します
- 通信欄 .....

**無料託児サービス申込み** (事前に担当者より上記アドレス宛に連絡がいきます)

- お子様の<sup>ふりがな</sup>名前 .....
- お子様の年齢 ..... 才 ..... ケ月
- 性別 ..... 男の子 ・ 女の子 ..... どちらかに○をつけてください
- 緊急連絡先電話番号(携帯電話等) .....
- 通信欄 .....