臨時会費　振込届

送信先：FAX 052-848-6569

(一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会事務局　宛て)

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 筆頭演者 |  |
| 所属 |  |
| 会員番号 |  |
| e-mail |  |
| 演題登録番号 |  |
| 振込金額 | 円（臨時会員費1,000×臨時会員　　名分） |
| 臨時会員名 | 臨時会員の氏名・フリガナをご記載ください |
| 振込日 | 2023年　　月　　日 |
| 振込名義 |  |