

送金先：

埼玉りそな銀行

科目：普通 店名：北浦和西口支店 店番：349

口座記号番号：4519691

口座名称（漢字） 第14回中皮腫細胞診セミナー

口座名（カナ） ダイジュウヨウカイクウヒシユサイホウシンセミナー

8月23日(金曜日)までに参加費（懇親会に参加される場合は、懇親会費も含めて）をまとめて送金してください。なお送金手数料は各自でご負担ください。
期日までに振り込みがない場合はキャンセル扱いとさせていただきます。

お振込み後のキャンセル：

振込手数料を引いた金額でご返金致します。なお、当日のキャンセルは致しかねますので、ご了承ください。

領収書について：

領収書につきましては、セミナー参加費、懇親会費別々にセミナー当日に発行致します。

受付の回答は土・日・祝日を除いて4日以内に回答いたします。

4日を越えても回答が無い場合は、何等かの事情でこちらに情報が届いていない可能性があります。その場合は、電話で連絡をお願い致します。

第14回中皮腫細胞診セミナー事務局

JCHO 埼玉メディカルセンター 病理診断科

鶴岡 慎悟

TEL：048-832-4951

FAX：048-833-7527

E-mail：14kai.mcs@gmail.com