**日本医療マネジメント学会 第24回神奈川県支部学術集会**

**参加費振込取りまとめ表**

振込名義人　　　　　　　　　　　　　様

※取りまとめ表は参加者全員が参加登録（オンライン）をお済みになってからお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録受付番号 | 氏　　　名 | 大学等名／所属 | 参加費 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  | 円 |
| 合　　　　計 | 円 |