

 **CVIT 宛名ラベル 作成依頼用紙**

依頼日	20 年 月 日
-----	----------

ラベルを使用する会 開催日	20 年 月 日
主催者	
その他の目的	

必要な支部 (○をつけてください)	北海道・東北・関東甲信越・東海北陸・近畿・中四国 九州沖縄・7支部すべて
----------------------	---

必要な会員種別 (○をつけてください)	正会員・コメディカル・正会員とコメディカル両方 その他 ()
------------------------	------------------------------------

送付希望日	20 年 月 日
-------	----------

※特に希望日がない場合は、いつまでに必要かを書いてください。

【ご連絡先】

住所	〒
担当者氏名	
電話/FAX	
E-Mail	

【送付先】 ※ご連絡先とは異なる住所に送付をご希望の場合はこちらにご記入ください。

住所	〒
担当者氏名	
電話/FAX	
E-Mail	

※下記にて宛名ラベルをご使用なさる場合は宛名ラベル作成費用を頂いております。

CVIT 専門医更新点数取得ライブデモンストレーション・研修会：7支部 20,000円 その他 10,000円

関連学会：実費（ラベル代、印刷代、送料）

請求書宛名	
振込名義	

その他 ※ご希望、ご質問などがございましたら、ご記入ください。

学会事務局使用欄

受付日	ラベル発送日	請求書発行	入金確認	領収書発行