末尾のフォームに必要事項；お名前、ご所属、ご連絡先、会員種別（一般会員／学生会員／一般未会員／学生未会員）をご記入のうえ、メールかFAXでお申込みのうえ、参加費をご入金ください。

メール：art-care@popo.or.jp

FAX：0742-49-5501

・郵便振替［口座記号・番号］00920-4-252135［加入者名］アートミーツケア学会

・銀行振込［銀行名］ゆうちょ銀行　ゼロキュウキュウ（〇九九）支店　当座

［口座番号］0252135 ［口座名義］アートミーツケア学会

申込期限　12月7日（土）

＊ご入金いただいた参加費は、原則としてご返金いたしかねますのであらかじめご了承ください。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**参加申込みフォーム（メール・FAX用）**

該当する項目にチェックをいれ、必要事項をご記入ください

＊お名前（ふりがな）

＊住所（□ご自宅　□勤務先）　〒

＊参加日程　□12/13金　前夜祭（現地）　□12/13金　前夜祭（オンライン）

□12/14土　大会1日目　□12/14土　懇親会　□12/15日　大会2日目

＊参加費　□会員（一般 /2,000円）　□会員（学生 /1,000円）

□未会員（一般 /4,000円）　□未会員（学生 /2,000円）

　　□懇親会（4,000円）

＊連絡先　TEL （□ご自宅 　□勤務先）

＊連絡先　E-mail（□ご自宅 　□勤務先）

＊文字による情報保障が必要な方はチェックを入れてください。

□ 文字による情報保障を希望する