【別紙】

代表者会議出席申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **送付先** | **（公社）埼玉県理学療法士会** |
| **ＦＡＸ番号** | **０４８－７７３－１２４９** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属** | **役職** | **氏　　名** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **電話番号** | **ＦＡＸ番号** | **メールアドレス** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **当日交通費（往復）** |
|  |

お車をご利用の方は交通費として1km20円をお支払いします。

駐車料金はお支払いできませんのでできるだけ公共交通機関をご利用下さい。