**第４回日本骨免疫学会**

**当日参加受付票**

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前** |  |
| **ご所属機関名** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **参加区分**  いずれかにチェックしてください | □ 一般40,000円　　□ 学生30,000円（学生証をご提示ください） |
| **会員・非会員**  いずれかにチェックしてください | □ 会員（会員番号：　　　　　　　　　　　　　　）  □ 現在、非会員の為入会手続きを希望致します。 |

※楷書でのご記入をお願いいたします。