***令和２年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議***

***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ご記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |