（返信用紙 2）

平成　　年　　月　　日

FAX：0744-29-6650

金子　行

脳死判定・脳波測定実践セミナー旅費申請書

私は、平成 25 年 7 月 6 日（土）開催の脳死判定・脳波測定実践セミナーの出席に係る旅費について、下記のとおり申請します。

所属施設名：

氏　　名：

※ 所属施設の最寄駅から八木西口駅までの旅費について記載してください。

※ 特急料金はその乗車区間の距離が 100km 以上の場合にのみお支払いします。

※ （社）日本臓器移植ネットワークの規程による算出を行いますので、申請額と支給額が異なる場合があります。

※ 旅費は 10 月末までに届出口座に振込させていただきます。

出発地（駅名）：　　⇔　目的地：八木西口駅

出発地	到着地	交通手段	運賃
		往復合計額	円

振込先口座

金融機関（支店）名	（銀行・　　）　　支店
口座番号	（普通・当座）
口座名義人フリガナ	
口座名義人	
自宅住所	〒

※6 月 28 日（金）までにご返信ください。