

保団連 第 40 回「病院・有床診療所セミナー」参加申し込み用紙

ふりがな		住所		
		医院名又は法人名：		
氏名		電話 ()	FAX ()	
		Mail		
		〒 ご住所		
所属	9月30日(土)	10月1日(日)		参加費徴収
	全体会	全体会(午前)	分科会(午後)	
1. 医師 2. 職員・家族 3. 協会事務局	1. 参加 (WEB ・ 現地) 2. 欠席	1. 参加 (WEB ・ 現地) 2. 欠席	1. 病院 (WEB ・ 現地) 2. 有床診 (WEB ・ 現地) 3. 欠席	1. 相殺 2. 現金
	宿泊			
	1. 宿泊必要 (禁煙のみ) 2. 宿泊不要			

ふりがな		住所		
		医院名又は法人名：		
氏名		電話 ()	FAX ()	
		Mail		
		〒 ご住所		
所属	9月30日(土)	10月1日(日)		参加費徴収
	全体会	全体会(午前)	分科会(午後)	
1. 医師 2. 職員・家族 3. 協会事務局	1. 参加 (WEB ・ 現地) 2. 欠席	1. 参加 (WEB ・ 現地) 2. 欠席	1. 病院 (WEB ・ 現地) 2. 有床診 (WEB ・ 現地) 3. 欠席	1. 相殺 2. 現金
	宿泊			
	1. 宿泊必要 (禁煙のみ) 2. 宿泊不要			

注 1 現地参加者には、資料を保団連から直送しますので、「出席者氏名・医院名・郵便番号・ご住所・電話番号」をご記入下さい。協会事務局の方は、住所欄の記載は不要です。

注 2 WEB参加者には、9月22日(金)に「病院・有床診セミナー特設サイト」を保団連から直接ご案内しますので、「出席者氏名・医院名・mail」をご記入ください。協会事務局の方は、住所欄の記載は不要です。

注 3 同一医院・同一法人から2名以上参加の場合は、必ず医院名又は法人名を記入下さい。

(申し込み締め切り 2023年9月19日(火))