第 25 回事例発表会参加申し込み用紙

病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 会員・非会員（どちらかに〇）

連絡先 TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿ 送信ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

申込み担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 科（課）＿＿＿＿＿＿＿＿

職　種	氏　名（ふりがな）	参加区分 （役員・座長・発表者 一般・スタッフ）	ランチョンセミナー 参加の有無
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		
	（　　）		

10 名を超える場合は、お手数ですがこの用紙（データ）をコピーして下さい。

参加費は事前振込になります。振込先：東和銀行　昭島支店　口座番号　普通　3074171

社）東京都慢性期医療協会　会長　進藤　晃

2020 年 1 月 17 日（金）までにお振込をお願いたします。

ＦＡＸ送付先　城山病院　042-665-2896

メール添付先　tmik2018@tmik.or.jp　**（担当：事務部　小山）**

締切り　2020 年 1 月 12 日（土）