

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会

参加登録締切 10月30日(金)

第28回日本慢性期医療学会参加登録用紙

お名前 _____ 部署名・役職 _____

ご所属 _____

ご住所 _____ (〒 _____)

TEL. _____

●参加方法 (いずれかを☑してください)

- 病院・介護医療院 施設参加 (病床数・定員数 床) 参加費 _____ 円
- 老健、特養、診療所等 施設参加 参加費 40,000円
- 企業参加 参加費 50,000円
- 個人参加 参加費 10,000円

●請求書の宛先名

●学会のIDおよびパスワードの送信先メールアドレスを正確にご記入ください。

(施設参加は二つのアドレスをご登録ください。個人参加のご登録アドレスは一つのみです。)

E-mail (1)

E-mail (2)

*学会参加費の入金確認後、2週間以内に確認メールをお送り致します。

連絡事項等

.....

.....

ありがとうございました。