会員施設

第 16 回北海道病院学会　参加申込書

《平成 29 年 7 月 22 日（土）　ホテルロイトン札幌》

＊会員病院職員 参加費　7,000 円

＊懇親会参加費　　3,000 円（ご希望の方のみ）

下記の必要項目をご記入の上 FAX によりお申し込みください。

申込･お振込締切 7/14（金）

氏　名	役 職	職 種	懇親会
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠
			出 ・ 欠

平成 29 年　　月　　日

法人名 施設名

（〒　　）

住 所

申込責任者（プログラム･参加証送付宛先）

電 話（内線）　　FAX

参加費お振込先　郵便振替口座

加入者名　特定非営利活動法人　北海道病院協会

口座番号　02760-9-29158

（通信欄に、参加費×○○名、懇親会×○○名とご記入願います）

北海道病院協会 事務局 FAX 011-231-9902