

第 17 回北海道病院学会 参加申込書

《平成 30 年 7 月 7 日（土） ホテルロイトン札幌》

*会員病院職員 参加費 7,000 円

*会員外・一般 参加費 10,000 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。

事前参加申し込み・参加費お振り込みの締め切りは、6 月 29 日（金）です。

抄録集が完成次第、「プログラム・抄録集」「参加証」をお送りします。

なお、当日参加も受け付けておりますので、締め切り日以降は、学会会場の「当日参加受付」にてお申し込みください。

氏 名	役 職	職 種	懇親会
			出・欠

平成 30 年 月 日

法人名 施設名

(〒)

住 所

申込担当者（プログラム・参加証送付宛先）

電 話（内線）

FAX

学会参加費・懇親会費 のお振込は、下記にお願いします。（振込手数料はご負担願います。）

ゆうちょ口座 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×〇〇名、懇親会×〇〇名とご記入願います）

室蘭信用金庫 札幌支店（普）3459470 口座名 北海道病院協会 ホッカイドウビョウインキョウカイ

【お願い】お振り込みの際は、施設名がわかるようにフリガナをつけてください。施設名がわからず、ご入金の確認が遅れる場合がございます。例）振込名がイリヨウホウジンシャダン ×

北海道病院協会 事務局 FAX 011-231-9902