

第2回 日本ヘルスケアダイバーシティ学会 参加申込用紙

FAX番号：097-522-3777

平成30年7月14日(土)までにお申込み・ご入金ください。

※入金確認をもって受付け完了とさせていただきます。

申込内容に☑を入れてください

①	(フリガナ) 氏名	性別	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 施設会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 個人会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費7,000円) <input type="checkbox"/> 学 生 (参加費2,000円) <input type="checkbox"/> 昼食お弁当代 (お茶付) <1,000円>
		TEL		
	住所	FAX		
		E-mail		
所属	職種			
②	(フリガナ) 氏名	性別	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 施設会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 個人会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費7,000円) <input type="checkbox"/> 学 生 (参加費2,000円) <input type="checkbox"/> 昼食お弁当代 (お茶付) <1,000円>
		TEL		
	住所	FAX		
		E-mail		
所属	職種			
③	(フリガナ) 氏名	性別	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 施設会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 個人会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費7,000円) <input type="checkbox"/> 学 生 (参加費2,000円) <input type="checkbox"/> 昼食お弁当代 (お茶付) <1,000円>
		TEL		
	住所	FAX		
		E-mail		
所属	職種			
④	(フリガナ) 氏名	性別	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 施設会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 個人会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費7,000円) <input type="checkbox"/> 学 生 (参加費2,000円) <input type="checkbox"/> 昼食お弁当代 (お茶付) <1,000円>
		TEL		
	住所	FAX		
		E-mail		
所属	職種			
⑤	(フリガナ) 氏名	性別	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 施設会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 個人会員 (参加費5,000円) <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費7,000円) <input type="checkbox"/> 学 生 (参加費2,000円) <input type="checkbox"/> 昼食お弁当代 (お茶付) <1,000円>
		TEL		
	住所	FAX		
		E-mail		
所属	職種			

※入会希望の方は、ホームページをご覧ください。URL:http://jhcd.or.jp/

※学会当日でも、会員・参加申込みを受付けます。(お弁当は、当日受付けません)

【事務局・お問い合わせ先】

社会医療法人 敬和会

担当：小副川直子・武石智子・佐藤浩二
佐藤成人・栗秋良子

〒870-0192 大分市西鶴崎3丁目7番11号
TEL 097-522-3131(代) E-mail info@jhcd.or.jp

※振込先

口座名義 シヤ)ニホンヘルスケアダイバーシティガツカイ
 (ゆうちょ銀行) 店名:七二八(ナナニハチ) / 普通 / 口座番号:2541437
 (大分銀行) 支店名:鶴崎支店 / 普通 / 口座番号:7536360
 (みずほ銀行) 支店名:大分支店 / 普通 / 口座番号:1965716