

一般財団法人 医療関連サービス振興会 事務局 (企画部 シンポジウム担当) 行
 〒102-0073 東京都千代田区九段北1-11-11 (第2フナトビル3F)
 TEL 03-3238-1863 FAX 03-3238-1865

(一財) 医療関連サービス振興会 第27回シンポジウム 参加申込票

(一財) 医療関連サービス振興会第27回シンポジウムに参加を申込みます。参加費は別途振込みます。

(フリガナ) 団体・会社名					
所在地 連絡先、参加証送付先	〒	-	都道府県		
	TEL	()	FAX	()	
区分 (該当欄に☑をおつけください)	<input type="checkbox"/> 一般 …… 下記のいずれにも該当しない方 (参加費1名6,000円)				
	<input type="checkbox"/> 医療関連サービスマーク認定事業者 …… 医療関連サービスマークの認定を受けている事業者 (参加費1名5,000円) ○印をつけてください				
	<input type="checkbox"/> 後援団体会員および下記団体の会員 ○印をつけてください …… 案内に記載の後援団体、下記2~6の団体の会員に所属する方 (参加費1名5,000円)				
1. 衛生検査所 2. 院外滅菌消毒 3. 院内滅菌消毒 4. 患者等給食 5. 患者搬送 6. 在宅酸素 7. 医療機器 8. 医療用ガス 9. 寝具類洗濯 10. 院内清掃		1. 後援団体名 () 2. 全国医事振興協会 3. TKC医業・会計システム研究会 4. 日本歯科技工士会 5. メディカル・マネジメント・プランニング・グループ 6. SPD 研究会			
参加者	(フリガナ) 氏名	所属・役職		振興会使用欄 No.	
	連絡先	TEL	e-mail		
	(フリガナ) 氏名	所属・役職		No.	
	連絡先	TEL	e-mail		
	(フリガナ) 氏名	所属・役職		No.	
	連絡先	TEL	e-mail		
	(フリガナ) 氏名	所属・役職		No.	
	連絡先	TEL	e-mail		

(注)・本申込書送付後、参加費をお振込みください。参加費は、上記区分により異なりますのでご注意ください。

・振込み手数料は、各自ご負担をお願いします。

・振込名義が、申込票記載の団体・会社名、参加者名以外の場合は事務局へご連絡ください。

参加費振込先 銀行支店名：みずほ銀行東京中央支店 口座番号：普通預金 No.6199456
 口座名義 : 一般財団法人医療関連サービス振興会

・なお、参加費振り込み後1週間経っても参加証が届かない場合は事務局へご連絡ください。

振興会使用欄	受付	/	参加費振込	/	参加証送付	/
--------	----	---	-------	---	-------	---