

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28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28回シンポジウムに参加を申し込みます。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)					
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	/
--------	----	---	-------	---	-------	---