

平成29年度 事務管理者研修会 申込用紙

申込ご担当者様 氏名 ()

都道府県名：()

法人名：()

施設名：()

申込連絡先： TEL () FAX ()

メールアドレス @

会員番号：() 不明の場合は空欄可

	参加者氏名	役職	懇親会
1	(ふりがな)		
2	(ふりがな)		
3	(ふりがな)		

3名以上の場合は任意の様式で氏名、役職を添付ください。

ご案内

- ① 受付後、確認印を押印した上、FAXにて返送いたします。
- ② 送信後1週間以内に返信が無い場合は、必ずご連絡ください。

参加費・懇親会費につきまして

受付確認書に記載された受付番号を先頭に記入し、
病院・施設名をお書きください。振込手数料は恐れ入りますがご負担をお願い致します。

十八銀行 本店営業部 普通 1084077
一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会
代表理事 栗原正紀 (シャ) 日本リハビリテーション病院・施設協会

懇親会費用は、開始前の受付時にいただきます。

領収証を引き換えにお渡しします。お釣りのないようご準備いただけましたら幸いです。

問合せ先：日本リハビリテーション病院・施設協会事務局 担当：吉野・田鶴

FAX 095-811-2078 TEL 095-811-2077 メール info@rehakyoh.jp