令和６年　　月　　日

特別講演会・懇親会

参　加　申　込　書（会員用）

**(令和６年６月２０日開催)**

　　　**ＦＡＸ　０７８－２５１－２７７７**

　一般社団法人兵庫県民間病院協会　事務局　あて

　　　　（ＦＡＸの送り状は不要です。）

病院名

担当者

所属又は役職

氏　　名

電話番号

メールアドレス

**※参加費用を記載したメールを送信させていただきます。**

　　・　下記のとおり参加します。（名札に記載させていただきますので、正確に入力をお願いします）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属又は役職名 | 氏　　　名 | 参加項目に○を付けてください |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |

　　　・申込期限　　令和６年６月５日（水）

・振込期限　　令和６年６月１３日（木）

　　　・キャンセル期限　　令和６年６月１３日（木）**この日以降にキャンセルされても返金は出来ません。**

・払込取扱票は、４月会報（4/25発送）に同封しております。

　・**総会に出席される理事長・院長先生につきましても、この申し込みが必要ですので記入漏れのないようご注意ください。**