令和６年度診療報酬改定研修会

参　加　申　込　書

(令和６年７月４日（木）開催)

　令和６年　　月　　日

　一般社団法人 兵庫県民間病院協会事務局　あて

　　ＦＡＸ　０７８－２５１－２７７７

　　　　　　（ＦＡＸの送り状は不要です。）

　令和６年度診療報酬改定研修会の参加を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者部署又は役職

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者メールアドレス

**※参加費用を記載したメールを送信させていただきます。**

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

　参加者１　所属又は役職

氏　名

　　参加者２　所属又は役職

　　　　　　　氏　名

　　参加者３　所属又は役職

　　　　　　　氏　名

　　　・申込期限　　令和６年６月２１日（金）

・振込期限　　令和６年６月２８日（金）

・払込取扱票は、４月会報（4/25発送）に同封しております。

・参加費用については、欠席されても返金できませんが、参加者の変更は可能です。変更される場合の連絡は不要です。

【質疑記入欄】（酒井先生からお聞きしたいこと）

|  |
| --- |
|  |

※　いただいたご質問は、原則、講演の中で説明いただきます。