日　本　慢　性　期　医　療　協　会

平成２６年度診療報酬改定説明会

参　加　申　込　書

〔申込締切〕平成２６年２月１４日（金）必着

〔返信先〕　FAX.０３－３３５５－３１２２　日本慢性期医療協会

〔主　催〕　日本慢性期医療協会
東京都新宿区富久町１１－５　シャトレ市ヶ谷２階
Tel.03-3355-3120　Fax.03-3355-3122　info@jamcf.jp

＊ 参加者には、「参加券」を３月５日までにご連絡担当者宛にお送りいたします。

＊ 定員に達しご参加いただけない場合は、本申込書受信後３日以内にご連絡いたします。

＊ ご参加は、**1施設より原則2名まで･1会場のみ**とさせていただきます。
３名以上の参加をご希望の場合は、申し込み締め切り後にお問い合わせ下さい。

貴施設名			
ご住所			
TEL.		FAX.	
担当者名		職名	
参加希望会場	3/8 東京　・　3/22 大阪　　（どちらかを○で囲んでください）		
１．参加者氏名		職名	
２．参加者氏名		職名	

（本紙を fax 送信してください。お申込みありがとうございます）