

FAX送信用紙

【送付先】 みやぎ県南中核病院
医事課 関根 宛て
FAX:0224-51-5525
TEL:0224-51-5500

宮城県救急医療研究会 第20回学術集会 参加申込書

医療機関名(団体名)

申込者

電話番号

FAX番号

職 種	参 加 者 名	お弁当の希望 (税込1,000円)
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

弁当の準備の都合がありますので、「お弁当の希望」を必ずご記入ください。
※お弁当代として当日1,000円を参加費と一緒に頂戴いたします。

以上をご記入の上、平成30年9月10日(月)までに、
上記送付先までFAXにてご連絡頂きますようお願いいたします。

受付後、3日以内に申込者の方へFAXにて受付完了のご連絡をいたします。
ご連絡がない場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください。