

※ 勉強会終了後、近隣別会場にて懇親会を予定しております。

■勉強会 ご参加申込書 ○参加 ○不参加

医院名・会社名		
ご連絡先 (どれかご記入 ください)	TEL:	FAX:
	メールアドレス :	
ご参加者お名前		

■懇親会 ご参加申込書 ○参加 (人) ○不参加

※2015年1月15日迄 にご連絡をお願いいたします。

(不参加の場合も、ご一報をいただけますと助かります。)

NPO法人 地域医療の連携を進める会 **FAX:03-5944-4052**

TEL:03-5944-4051

Email:info@npo-ccm.com HP:<http://www.npo-ccm.com>

メデュケーション(株) Email:meskk2005@yahoo.co.jp

H P:<http://claim-sos.ecgo.jp>

◆ 参加お申し込み後のキャンセルは、**1月末日迄に**

お願いいたします。

その後のキャンセルにつきましては、会費のご負担をお願いいたします。