

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会

参加登録締切 11月30日(月)

## 第8回慢性期リハビリテーション学会参加登録用紙

お名前 \_\_\_\_\_ 部署名・役職 \_\_\_\_\_

ご所属 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ )

TEL. \_\_\_\_\_

### ●参加方法 (いずれかを☑してください)

病院・介護医療院 施設参加 (病床数・定員数 \_\_\_\_\_ 床) 参加費 \_\_\_\_\_ 円

老健、特養、診療所等 施設参加 参加費 20,000円

企業参加 参加費 30,000円

個人参加 参加費 5,000円

### ●請求書の宛先名

\_\_\_\_\_

### ●学会のIDおよびパスワードの送信先メールアドレスを正確にご記入ください。

(施設参加は二つのアドレスをご登録ください。個人参加のご登録アドレスは一つのみです。)

E-mail (1)

E-mail (2)

\_\_\_\_\_

\*学会参加費の入金確認後、2週間以内に確認メールをお送り致します。

連絡事項等

.....  
.....

ありがとうございました。