

提出期限：10月19日（月）

全国自治体病院経営都市議会協議会  
第11回地域医療政策セミナー  
参加申込書兼FAX送信票

送信日	平成27年____月____日
送信先	FAX: 03-3263-5751 全国市議会議長会 政務第二部 全国自治体病院経営都市議会協議会 内田 行
発信者	市 _____組合 議会事務局（担当：_____） （連絡先）TEL _____ FAX _____

第11回地域医療政策セミナー（10月29日）参加申込書	
参加者	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
	職名 _____ (ふりがな) 氏名 _____
参加者数 計 _____ 名	

※所属団体が本協議会に加盟していない方は、1人2,000円を受付にてお支払いください。

※必ず議会事務局を通じてお申し込みください。

※随行の方も含めて、参加されるすべての方をご記入ください。

※参加者が多数の場合は、用紙をコピーしてご利用ください。その際、複数枚ある旨を余白にご記入ください。

※駐車スペースがありませんので、公共交通機関をご利用いただきますようご理解とご協力をお願いいたします。