

全国自治体病院経営都市議会協議会
第 1 4 回 地 域 医 療 政 策 セ ミ ナ ー
参加申込書兼 F A X 送信票

送 信 日	平成30年____月____日
送 信 先	TEL : 0 3 - 3 2 6 3 - 5 7 5 1 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 担当 中富 行
発 信 者	市 _____ 組合 議会事務局（担当：_____） （連絡先）TEL _____ FAX _____

第14回地域医療政策セミナー（11月1日）参加申込書	
参 加 者	（ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ （ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ （ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ （ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ （ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ （ふりがな） 職名 _____ 氏名 _____ 参加者数 計 _____ 名

※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。
 ※申込内容に変更がありましたら、その都度見え消しで修正（送信日も修正）の上、変更の無い方も含め全参加者が記入された申込書を送信してください。その際、変更内容について余白にご記入ください。