

参加申込用紙

FAX でお申し込みください。

FAX 番号：0263-37-1920

(FAX をお受けいたしましたら代表者にメールで返信いたします。メールでの返信が届かない場合はお手数ですが事務局 0263-37-2833 土屋までお問い合わせ下さい)

- 参加費：・6000円/一人
・病院で3名でしたら一人5000円
・病院で4名以上6名まで2万円

施設名：

代表者氏名：

 (代表してご連絡をお受けいただける方)

連絡先： 電話

 メール

 (代表者)

人数	参加者氏名	金額	合計
1		6000 円	1 名 6000 円
2		6000 円	2 名 12000 円
3		一律 15000 円	3 名 15000 円
4		一律 20000 円	4~6 名 合計：20000 円
5			
6			

合計
人数 名 参加費合計 円