E-mail：**s-mgmt23＠matsue-cityhospital.jp**　　FAX : **0852-60-8005**

日本医療マネジメント学会第23回島根支部学術集会　事務局　行

**日本医療マネジメント学会第23回島根支部学術集会**

**参加申込書**

送信元 施設名：

担当者名：

TEL：

FAX：

E-mail：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  参加者名 | 所属 | 役職 | 弁当申込 | ポスター発表 |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 有・無 |
|  |

参加人数：計　　　　　名　　　　　　　　弁当：計　　　　　名

※参加者欄が不足する場合は、コピーしてご使用ください。