

申込先

F A X : 0 2 9 5 - 5 2 - 2 7 0 5  
参加申込期限 : 令和 5 年 1 2 月 1 2 日 (火)

## 日本地域包括ケア学会 第 5 回大会 F A X 参加申込書

ふりがな	
氏名	
事業所名	
TEL	
E-mail Zoom の URL をお送りしますので視聴するパソコンのメールアドレスをご記載ください	
住所	
参加方法 参加方法に☑してください	<input type="checkbox"/> zoom (オンライン) <input type="checkbox"/> 会場 (日本医師会館)
参加費 1 0 0 0 円	後日、請求書をお送りいたしますので、指定の銀行口座までお振込みをお願いいたします。 お振込み手数料は参加者のご負担となります。

お問い合わせ

日本地域包括ケア学会運営事務局 医療法人博仁会志村大宮病院内  
担当 : 小野

電話 : 0 2 9 5 - 5 3 - 2 1 7 0

メール : ono@haku-jinkai.com