

(送信先 FAX : 03-3402-4389 全国公私病院連盟事務局)

※送り状を付けずに、このページのみ送信してください。

令和2年4月改定 診療報酬点数表説明会 横浜会場【3月16日(月)】 参加申込書

【申込日】 月 日

住 所	〒
病 院 名	
申込担当者氏名	(所属部署 :)
T E L	
F A X	
E - m a i l	

※入金を確認後申込担当者様宛に入場券を送付いたします。

参加申込人数 : _____人

参加予定者氏名

①	フリガナ	⑥	フリガナ
②	フリガナ	⑦	フリガナ
③	フリガナ	⑧	フリガナ
④	フリガナ	⑨	フリガナ
⑤	フリガナ	⑩	フリガナ

※参加申込人数に制限はございません。欄が不足の場合、コピーしてご使用ください。

※1 2月21日(金)までにFAXでお申し込みください。

※2 FAX送信完了のご確認は、各々の送信機器をお願いいたします。

※3 お申込に係ります個人情報等は本説明会の目的以外には使用いたしません。