令和５年　　月　　日

特別講演会・懇親会

参　加　申　込　書（FAX用）

**(令和５年６月１５日開催)**

　　　ＦＡＸ　０７８－２５１－２７７７

　一般社団法人兵庫県民間病院協会　事務局　あて

　　　　（ＦＡＸの送り状は不要です。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　担当者

所属又は役職

氏　　名

電話番号

　　　　・　下記のとおり参加します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属又は役職名 | 氏　　　名 | 参加項目に○を  付けてください | |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |
|  |  | 講演会 | 懇親会 |

　　　・申込期限　　令和５年６月２日（金）

・参加費（講演会3,000円、懇親会12,000円）は、病院ごとに参加費をまとめた振込用紙等をお送りします。振込期限　　令和５年６月１２日（月）

　・**総会に出席される理事長・院長先生につきましても、この申し込みが必要ですので記入漏れのないようご注意ください。**

　・講演会会場はザ　マーカススクエア神戸　５Ｆ　ザ　ボールルームです。

　・懇親会場はザ　マーカススクエア神戸　５Ｆ　ミッドタウンです。