

第16回日本医療マネジメント学会 愛知県支部学術集会
参加申込み用紙

貴施設名：_____

ご担当者：_____

ご連絡先：TEL (_____) FAX (_____)

NO.	氏名	フリガナ	職種
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※募集締切日：令和4年11月30日（水）（定員：250名 先着順になります）

申込受付完了のご連絡は致しませんので、ご了承ください。

（万一、定員超過のためご参加いただけない場合にはご担当者さまへ連絡させていただきます。）

【日本医療マネジメント学会愛知県支部学術集会の問い合わせ】

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 総務企画課 石原直行

TEL 052-691-7151 FAX 052-692-5220 E-mail：ishihara-naoyuki@chukyo.jcho.go.jp