**申込先：浜松大会　事務局（相談支援センターだんだん川嶋）宛　（送付状不要）　ＦＡＸ：053-420-0814**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 所属名 | 職　種 | 参加費（いずれかの括弧内に◯を付けてください）注）懇親会費は参加費に含まれません | 25日懇親会（別途） | 26日当日（弁当代込み） |
| 例1 | トウキョウタロウ | ○○クリニック | 医師 | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）記入例非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　：２０００円　　　　　　（　　） | 【懇親会費（別途）】医師：６０００円、医師以外：３０００円 |  |
| 東京　太郎 |
| 例2 | ハマナコ　ジロウ | ○○診療所 | 医師 | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　：２０００円　　　　　　（　　） |  | ＊非会員の医師＊静岡県内の医師で非会員の方 |
| 　浜名湖　二郎 |
| 例3 | シズオカサブロウ | ○○クリニック | PSW | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　：２０００円　　　　　　（　　） |  | 静岡県内で医師以外の会員・非会員の方 |
| 　静岡　三郎 |

**注）、医師とそれ以外、会員・非会員により、金額が異なります。案内をご確認ください。お申込み後、必要に応じて事務局からご連絡を入れることがあります。申込者が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。**

申込連絡者名　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

**申込先：浜松大会　事務局（相談支援センターだんだん川嶋）宛　（送付状不要）ＦＡＸ：053-420-0814**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 所属名 | 職　種 | 参加費（いずれかの括弧内に◯を付けてください）注）懇親会費は参加費に含まれません | 25日懇親会（別途） | 26日当日（弁当代込み） |
| 1 |  |  |  | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　　：２０００円　　　　　（　　） |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　　：２０００円　　　　　（　　） |  |  |
|  |
| 3 |  |  |  | 会員医師：６０００円　　　　　　　　　（　　）会員医師以外：４５００円　　　　　　　（　　）非会員医師：７０００円　　　　　　　　（　　）非会員医師以外：５５００円　　　　　　（　　）地区枠（静岡県内）医師以外：３５００円（　　）学生　　　　　　：２０００円　　　　　（　　） |  |  |
|  |

**注）、医師とそれ以外、会員、非会員により、金額が異なります。案内をご確認ください。お申込み後、必要に応じて事務局からご連絡を入れることがあります。申込者が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。**

申込連絡者名　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）