医療介護経営研究会　申込書

●申込内容

第　　回の研究会（　　月　　日）から、**入会／体験参加**を申し込みます。
○参加方法：　現地参加　／オンライン参加（いずれかに○印を付けて下さい）

※体験参加の参加費は、5.5万円（税込）とさせて頂きます。

※尚、会員様、日本経営グループ様のご紹介に限り、無料で体験参加頂くことができます。

（ご紹介者氏名：　　）

（一社）医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム　行

FAX　03－6368－3154

申込日：　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	メールアドレス
氏　　名		男・女	
法人名・病院名		病院・施設役職	
フリガナ			
連絡先住所　〒			
電話番号		FAX番号	
本件お申込ご担当者	ご所属　・　氏名（ご参加者と申込事務ご担当者が異なる場合はご記入下さい）		

申込について

※　申込者は、病院及び介護施設の経営者、またはそれに準ずる方に限らせていただきます。

※　会員限定・非公開を前提とした研究会です。<u>講師、コメンテーター、会員の立場によらず、誰がどのような発言を行ったか等の知り得た情報は他言厳禁</u>です。本申込書のご提出により、本件についてご了解頂いたものとみなします。

※　年会費・年会費及び体験参加費のご請求書は、申込者に郵送いたします。なお、年度途中のご入会の場合は、入会期間により按分した年会費と致します。

※　体験参加については、入会の検討を前提としており原則として現地でのご参加をお願いしております。ご参加頂いた後に入会をご検討頂ければ幸いです（各回5名を上限、1施設につき1名）。

更新について

※　年度終了時に、次年度カリキュラム（案）をお送りし、会員の更新（継続）・退会の確認を致します。

参加について

※　基調講演・質疑応答などの録音、録画等はご遠慮くださいますようお願い申し上げます。

※　入会申込者（正会員）がご欠席の場合は、代理の方が出席できます（無料）。

お問合先

一般社団法人医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム「医療介護経営研究会」事務局

〒812-0016　福岡市博多区博多駅南1丁目10-4　第二博多偕成ビル7F

TEL：092-409-7532　FAX：03-6368-3154　担当：西岡　kyusyu_jimukyoku@hcsrev-f.or.jp