

# 九州医療介護経営研究会 体験参加申込書

第 回( 月 日)の研究会の参加を申し込みます。

(一社)医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム

FAX 092-409-7533

参加申込締切 研究会開催日の5営業日前

フリガナ	性別
氏名	男・女
法人名	病院名・施設名
法人役職	病院・施設役職
フリガナ	連絡先住所 〒
電話番号	FAX番号

## 申込について

- ※ 参加申込者は、病院あるいは介護事業の経営者、またはそれに準ずる方に限らせていただきます。
- ※ 体験参加については、入会の検討を前提とし、1施設につき1回とさせていただきます。
- ※ 参加申込者は、当該参加連絡書にご記入のうえFAXにてお申し込みください。

## 参加について

- ※ 基調講演・質疑応答などの録音、録画等をご遠慮くださいますようお願い申し上げます。
- ※ 各回、5名を上限に申込順に体験参加を受け付けております。定員に達しました際はご容赦願います。

## ご入会について

- ※ 体験参加頂いた後、ご検討頂ければ幸いです。今回の体験参加が入会を強制するものではありません。

## お問合せ先

(一社)医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム 九州医療経営研究会 事務局

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東1-11-5 アサコ博多ビル7F TEL 092-409-7532 FAX 092-409-7533

担当: 西岡こずえ kyusyu\_jimukyoku@hcsrev-f.or.jp