**第17回日本在宅医学会　もりおか大会**

**当　日　参　加　申　込　書**

太線内をご記入いただき、参加費（現金）を添えて『参加受付』にご提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男　・　女 |
| 参加者氏名 |  | 年齢（　　　　） |
| ふりがな |  |
| 勤務先（所属） |  |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| 職種（○印をご記入ください） |  | 医師 |  | 歯科医師 |  | 看護職 |
|  | 歯科衛生士 |  | 介護職（介護福祉士・ヘルパー等） |
|  | 相談援助職（MSW・社会福祉士・ケアワーカー等） |
|  | ＯＴ　 |  | ＰＴ |  | ＳＴ |
|  | 栄養士 |  | 薬剤師 |  |  |
|  | 介護支援専門員 |  | 鍼灸・マッサージ |
|  | 事務職 |  | その他（　　　　　　　　　） |
| 勤務先住所 | 〒　　　－　　　　　　　　（　　　　　　　都・道・府・県）TEL（　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　） |
| 参加区分（○印をご記入ください） |  | 医師・歯科医師　　　会員　（16,000円） |
|  | 医師・歯科医師　　　非会員（17,000円） |
|  | コメディカル・一般　会員　（ 6,000円） |
|  | コメディカル・一般　非会員（ 7,000円） |
|  | 学生＊大学院生を除く　　　（ 2,000円） |
| 抄録集（※）（○印をご記入ください） |  | 　１　冊（2,000円） | ※参加費に抄録集１冊分の費用は含まれております。お一人様で2冊以上必要な場合はご注文ください。 |
|  | 　２　冊（4,000円） |
|  | 　　　冊（　　　円） |
| 合計金額 | 円 |

※ご記入いただいた個人情報は、大会の運営に係る適正な利用範囲に限り使用し、他にご本人の同意なく第三者に提供することはありません。

|  |  |
| --- | --- |
| Ｎ　Ｏ |  |
| 受　　付　　日 | 月　　　日 |
| 受付（領収）者 |  |