

# 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)	<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/>	歯科医師	<input type="checkbox"/>	看護職
	<input type="checkbox"/>	歯科衛生士	<input type="checkbox"/>	介護職 (介護福祉士・ヘルパー等)		
	<input type="checkbox"/>	相談援助職 (MSW・社会福祉士・ケアワーカー等)				
	<input type="checkbox"/>	OT	<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>	ST
	<input type="checkbox"/>	栄養士	<input type="checkbox"/>	薬剤師	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員	<input type="checkbox"/>	鍼灸・マッサージ		
	<input type="checkbox"/>	事務職	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	医師・歯科医師      会員      (16,000 円)				
	<input type="checkbox"/>	医師・歯科医師      非会員 (17,000 円)				
	<input type="checkbox"/>	コメディカル・一般      会員      ( 6,000 円)				
	<input type="checkbox"/>	コメディカル・一般      非会員 ( 7,000 円)				
	<input type="checkbox"/>	学生*大学院生を除く                      ( 2,000 円)				
抄録集 (※) (○印をご記入ください)	<input type="checkbox"/>	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。	
	<input type="checkbox"/>	2 冊 (4,000 円)				
	<input type="checkbox"/>	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	