**ＦＡＸ送信用紙**

**令和7年度全民連医療事務研修会　参加・宿泊申込書　　（5月30日（金）必着）**

福島整肢療護園　草野・椎名　宛**（ＦＡＸ：０２４６－２２－１２５９）**

施設名

担当者・所属

Ｅmail：

**＊　不参加　（　←　不参加の場合はこちらに“○”をしてください）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | （ふりがな）参加者名 | 職　名 | 医療事務経験年数 | 備　考 |
| １ | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ２ | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ３ | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ４ | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ５ | 　 | 　 | 　 | 　 |

【振込内訳】　　　全民連加入施設　　　１０,０００円　×　　　　名　＝　　　　　　円

全民連未加入施設　　１４,０００円　×　　　　名　＝　　　　　　円

銀行振込予定日　　　令和７年　　　月　　　日