第20回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事務局行
（総合病院土浦協同病院内）
E-mail:jhm.ibaraki20@tkgh.jp

送信日：　　年　　月　　日

第20回日本医療マネジメント学会茨城県支部学術集会事前参加申込書

所属施設	名称			
	住所	〒		
連絡先	代表者名		電話番号	
			FAX番号	
			E-Mail	

発表者○	学会員・新規入会希望者	参加者氏名	ふりがな	所属部署	職位	参加費
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					
	学 ・ 新					

振込日	月　　日
振込金額	円

＊発表者は、発表者欄に○を記載してください。

＊学会員・新規入会希望者欄については日本医療マネジメント学会員は「学」、新規入会希望者（学術集会前もしくは当日入会者）は「新」に○を付けてください。

＊参加申込書が不足した場合は、コピーをしてご利用ください。

＊事前登録：日本医療マネジメント学会会員：1,000円　　非学会員：1,500円

＊申込締切日：~~2019年　8月　2日（金）~~　2019年　8月26日（月）

＊振込期限日：2019年　8月30日（金）