**日本医療マネジメント学会　第８回埼玉支部学術集会**

**参加申込書**

送付先　Fax：048-734-2471（春日部市立医療センター総務課）

Mail：somu­­‐hos@city.kasukabe.lg.jp

申込締切：平成31年2月28日（木）

|  |  |
| --- | --- |
| 日本医療マネジメント学会　第８回埼玉支部学術集会 | 開催日：平成31年3月17日（日） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | | |
| 連絡先（取りまとめ代表者）  役職名  氏名 | 住所：〒 | |
| ＴＥＬ： | ＦＡＸ： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | 職種（下記から選び、  いずれかに○をつけて下さい） | 日本医療マネジメント学会 |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |
|  | 1. 2 .3 .4. 5. 6. 7. 8.  9. 10. 11. 12. 13. 14.  15（　　　　　　　　　） | 学会会員・学会非会員（どちらかに○）  学会会員番号（8桁の数字を記入）  （　　　　　　　　　　） |

職種

|  |
| --- |
| １．医師・歯科医師　２．看護師・保健師・助産師　３．薬剤師　４．臨床検査技師  ５．診療放射線技師　６．理学療法士　７．作業療法士　８．言語聴覚士　９．臨床工学技士  １０．管理栄養士　１１．社会福祉士　１２．精神保健福祉士　１３．診療情報管理士　１４．事務  １５．その他（職種を具体的に記載してください） |