E－mail　：　[torii@mail.satsuki-kai.or.jp](mailto:torii@mail.satsuki-kai.or.jp)

千葉県回復期リハビリテーション連携の会　第5回全県大会

事務局　社会医療法人社団さつき会　袖ヶ浦さつき台病院　宛

千葉県回復期リハビリテーション連携の会　第5回全県大会

**参加申込書**

【申込方法】各施設で取りまとめの上、**E－mail**　にてお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | | |
| 連絡先 | TEL・FAX | ・ | | | |
| E-mail | ＠ | | | |
| 出席者 | 職 種 | 氏 名 | **昼食注文**  希望者は  ○印を記入 | **懇親会出席**  出席者は  ○印を記入 | 当日の支払  代表者1名に  ○印を記入 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| **注】当日つり銭のないよう合計金額を現金でご用意ください** | | | 円 | 円 | 計￥ |

【締切】平成27年9月10日　(木)

※1　表中“支払代表者1名に○印”をお忘れなくご記入ください。

※2　昼食のお弁当代金　￥1,000－／個　(　当日のお申込はできかねます。予めご了承ください。)

※3　懇親会参加費　￥3,000－／人　(　会場ホテル内　17：15　～　19：00　)

※4　※2.3に関しましては表中支払代表者の方が、当日窓口にてまとめて申込金をお支払ください。

　　 直前のキャンセルにつきましては承りかねますので予めご了承ください。

※5　受付確認票の送付はございませんので、予めご了承ください。