No.

栃木県透析懇談会 懇親会参加申込書

**年　 　月　 　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **代表者名** |  |
| TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　　名** | **職　種** | **会員** | **一般** |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |

＊会員/一般の該当する欄に○印を記入してください。また、用紙が複数枚になる場合は

コピーをしていただき、左上のNo.を記入してください。

＊懇談会事務局（目黒医院内）　FAX：０２８－６５３－８１２１