**ＦＡＸ送信用紙**

**平成２７年度全民連医療事務研修会　参加・宿泊申込書**

**（６月１９日（金）必着）**

徳島赤十字ひのみね総合療育センター　宛　（ＦＡＸ：０８８５－３３－３０３７）

施設名

申込担当者（所属・氏名）

**＊　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 | 宿泊申込 | | | | | | 備　考 |
| 希望ホテル | | | | 宿泊日 | |
| ザ・グランドパレス | | アグネスホテル徳島 | | 前日泊  （１９日） | 当日泊  （２０日） |
| 喫煙室 | 禁煙室 | 喫煙室 | 禁煙室 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※宿泊申込は、いずれか該当するところに“○”を記入してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込をされない場合は、記入不要です。

また、後日泊（２１日）を希望する場合は、備考欄に記載してください。

【振込内訳】　　参加費

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　　　平成２７年　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　★宿泊費は各自ホテルで精算してください。