

第5回 日本多機能型精神科診療所研究会 ～浜松大会～ 申込書

申込先：浜松大会 事務局（相談支援センターだんだん川嶋）宛 （送付状不要） F A X：053-420-0814

	氏 名	所属名	職 種	参加費 (いずれかの括弧内に○を付けてください) 注) 懇親会費は参加費に含まれません	25日 懇親会 (別途)	26日 当日 (弁当代込み)
例 1	トウキョウタロウ	〇〇クリニック	医師	会員医師：6000円 (○)	○	○
	東京 太郎			会員医師以外：4500円 ()		
		非会員医師：7000円 ()				
		非会員医師以外：5500円 ()				
		地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 ()				
		学生：2000円 ()				
例 2	ハマナコ シロウ	〇〇診療所	医師	会員医師：6000円 ()	○	○
	浜名湖 二郎			会員医師以外：4500円 ()		
		非会員医師：7000円 (○)				
		非会員医師以外：5500円 ()				
		地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 ()				
		学生：2000円 ()				
例 3	シズオカサブロウ	〇〇クリニック	PSW	会員医師：6000円 ()	○	○
	静岡 三郎			会員医師以外：4500円 ()		
		非会員医師：7000円 ()				
		非会員医師以外：5500円 ()				
		地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 (○)				
		学生：2000円 ()				

【懇親会費（別途）】
医師：6000円、
医師以外：3000円

* 非会員の医師
* 静岡県内の医師で非会員の方

静岡県内で医師以外の会員・非会員の方

申込連絡者名	連絡先（電話番号）

注)、医師とそれ以外、会員・非会員により、金額が異なります。案内をご確認ください。お申込み後、必要に応じて事務局からご連絡を入れることがあります。申込者が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。

第5回 日本多機能型精神科診療所研究会 ～浜松大会～ 申込書

申込先：浜松大会 事務局（相談支援センターだんだん川嶋）宛 （送付状不要）FAX：053-420-0814

	氏名	所属名	職種	参加費 (いずれかの括弧内に○を付けてください) 注) 懇親会費は参加費に含まれません	25日 懇親会 (別途)	26日 当日 (弁当代込み)
1				会員医師：6000円 ()		
				会員医師以外：4500円 ()		
				非会員医師：7000円 ()		
				非会員医師以外：5500円 ()		
				地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 ()		
				学生：2000円 ()		
2				会員医師：6000円 ()		
				会員医師以外：4500円 ()		
				非会員医師：7000円 ()		
				非会員医師以外：5500円 ()		
				地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 ()		
				学生：2000円 ()		
3				会員医師：6000円 ()		
				会員医師以外：4500円 ()		
				非会員医師：7000円 ()		
				非会員医師以外：5500円 ()		
				地区枠（静岡県内）医師以外：3500円 ()		
				学生：2000円 ()		

申込連絡者名	連絡先（電話番号）

注)、医師とそれ以外、会員、非会員により、金額が異なります。案内をご確認ください。お申込み後、必要に応じて事務局からご連絡を入れることがあります。申込者が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。