

第3回JCHO地域医療総合医学会 事前参加登録者リスト

施設No. _____

施設名		E-mail	
担当者氏名		担当者所属	

附属施設参加者も含めて本用紙にまとめて記載してください。(備考欄に附属施設名を記載してください。)

No.	職員番号	参加者氏名	参加者(フリガナ)	職種	職位	会員区分		懇親会参加について(3,000円)	備考
						会員(無料)	非会員(3,000円)		
1	1234567890	学会 太郎	ガツカイ タロウ	01医師	院長	○		○	
2	1234567890	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	19看護師	看護部長	○		○	
3	1234567890	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	21事務職	事務部長	○			
4	1234567890	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	01医師	副院長	○		○	
5	1234567890	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	08管理栄養士・栄養士			○	○	
6	1234567890	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	21事務職			○		
7									
8									
9									
10									

医学会参加について	参加者数	参加者数内訳 (人)		参加費 計
	6	会員 (無料)	4	—
		非会員 (3,000円)	2	6,000

6

懇親会について	参加者数	懇親会費	懇親会費 計
	4	3,000円	12,000

合計金額	18,000
------	--------

↑ 上記金額が学会への送金頂く金額となります。