

FAX 番号 06-6699-8134

**第8回 日本小児在宅医療支援研究会 事前参加申込書**

◎ 該当する項目の□にシ点をご記入下さい。

申込日 年 月 日

申込区分	<input type="checkbox"/> 会 員	<input type="checkbox"/> 非 会 員	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 (申請日 年 月 日)
申込者	フリカナ		
所属施設名			
連絡先	□ 勤務先 / □ 自宅 (いずれかにシ点) 〒 TEL ( ) / FAX ( )		
E-mail	@		
職 種	医師 ( □小児科、□小児科以外、□歯科 )、 看護師 ( □病院/療育施設、□訪問看護ステーション、 □一般診療、□学校関係) □保健師 □助産師 □リハビリ療法士 □臨床心理士 □薬剤師 □栄養士 □相談支援専門員 □介護福祉士 □社会福祉士 □精神福祉士 □ヘルパー □医療ソーシャル ワーカー □教員 □保育士 □ケアマネージャー □行政職員 □企業関係者 □メディア関係者 □患者様/ご家族様 □他 ( )		
ランチョンセミナーお弁当券	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不 要	

※ 今後、ご記入いただいたメールアドレスに本研究会関連の情報の配信を  希望します  希望しない

## 【事前参加申込みの手順】

## 1. お申込みについて

- ・ FAXでのお申込み・・・事前参加申込書に必要事項をご記入のうえ、上記 FAX 番号 (06-6699-8134) まで送信ください。
- ・ メールでのお申込み・・・事前参加申込書と同様の内容を明記して、事務局 (8thnsz@osaka-drc.jp) までお申込み下さい。

## 2. 参加費のお支払について

- ・ 事前参加申込みを済ませてから、下記口座に **平成 30 年 8 月 31 日まで** にお振込みを完了してください。
- ・ 事前参加申込みとお振込みの確認ができましたら事前参加申込完了と致します。

## 3. 申込受付完了の通知

- ・ 事前参加申込みと参加費の振込が確認できましたら、事務局から申込受付完了通知(メール)をお送りいたします。万一、お振込みされてから2週間経過しても通知が届かない場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせください。

## 4. 参加票の発行

- ・ 開催 1 ヶ月前になりましたらプログラム、お弁当券等と一緒に参加票を郵送いたします。参加票は 当日必ずご持参頂きますようお願いいたします。 (受付の手続きが少なく入場できます。)

【参加費】 会 員 3,000円 ・ 一般(非会員) 5,000円

【事前参加申込期日】 平成 30 年 8 月 15 日(水)まで  
(申込み期日を過ぎた場合でも当日参加は可能です。直接会場にお越しください。)

【振込先口座】 振込先名 : ゆうちょ 銀行、 支店名 : 四〇八 (ヨンゼロハチ)  
 預金種目 : 普通預金、 口座番号 : 4993010  
 口座名義 : 第8回日本小児在宅医療支援研究会  
 (ダイハチカイニホンショウニザイタクイリョウシエンケンキュウカイ)  
 郵便局から振込む場合; 記号14070 番号49930101 (口座名義: 同じ)  
 ※ 振込手数料はご負担願います。

《申込先・お問い合わせ先》 第8回日本小児在宅医療支援研究会事務局 大阪発達総合療育センター医局 (担当: 寺裏)  
 〒546-0035 大阪府大阪市東住吉区山坂5丁目11-21 TEL 06-6699-8731 / FAX 06-6699-8134