



国際医療連携機構 第2回 国際フォーラム

参加申込用紙 (FAX 用) (送信先: 052-613-7388)

ふりがな	
お名前	
所属団体	
役職	
住所	〒 —
電話番号	
FAX 番号	
備考	

※記載の個人情報は、本フォーラム開催のための連絡および次回開催のご案内以外には使用しません。

1. **応募締切は6月13日(金)**とさせていただきます。300名の定員になり次第、締め切らせていただきます。
2. 複数名申込みされる場合は、申込用紙を複写の上、人数分ご記入ください。なお、同居の方に限り、代表者の方のお名前等をご記入いただき、その他の方のお名前を備考欄にご記入いただく形でも構いません。
3. 申込みから4日以内に参加票をFAXまたはEメールにてお送りいたします。5日を経過しても参加票が届かない場合は、下記連絡先にお問合せください。

この用紙を下記FAX番号にお送りください。申込みはEメールでも受け付けております。

◇問合せ・申込み◇

特定非営利活動法人 **国際医療連携機構**

〒466-0059 名古屋市昭和区福江二丁目9-33 名古屋ビジネスインキュベータ白金201号室

(株)メディカルネットワーク内

TEL/FAX: 052-613-7388 E-Mail: info@medinw.com URL: <http://www.medinw.com>

※お電話によるお問合せは、平日の9:00~18:00の間をお願いします。