

送付先 FAX No. 011-232-5320

参加申込書

平成 23 年 月 日

第 39 回日本精神科病院協会精神医学会  
学会長 佐藤 亮蔵 殿

所属 病院名	法人名	会員番号	
	フリガナ		
住所	〒 - -		
TEL	- -	FAX	- -
申込者 氏名	(代表者)	E-mail	

(該当欄に○印をつけてください。)

	参加者氏名	職 種	医師 15,000 円	その他職員 7,000 円	懇親会 10,000 円
1					
2					
3					
4					
5					
6					

注) 7 名以上のご参加については、この用紙をコピーしてお使いください。

■参加申込締切日 平成23年6月30日(木)必着・参加費支払期限 7月1日(金)

■参加お申込・お問い合わせ先

株式会社 JTB 北海道 法人営業札幌支店「第 39 回日本精神科病院協会精神医学会」係  
〒 060-0001 札幌市中央区北 1 条西 6 丁目 1-2 アーバンネット札幌ビル 8 階  
TEL : 011 (221) 4800・FAX : 011 (232) 5320  
営業時間 平日 : 9 : 30 ~ 17 : 30 (土・日・祝日は休業日となります)