

# 第7回 ICNJ 北海道支部道南ブロック研修会 企業展示申込書

開催日:平成29年7月8日(土曜日)

展示費:30,000円

**※会場の都合上、先着順25社とさせていただきます**

FAX 送信先:函館五稜郭病院 0138-56-2695

おかけ間違いのないようご注意ください

申し込み締め切り 平成29年5月31日(水曜日)

御社名		
担当者様氏名	様	
担当者様ご連絡先	住所	_____
	Mail	_____
	TEL	_____ FAX _____
企業展示参加予定人数 (代表者を除く)	名	
※通信欄	1.『ご請求書』は必要ですか? → 必要( 部)・不要 2.『ご請求書』の送付先が上記と異なりますか? → 異なる・同じ ※送付先が上記と異なる場合、下記へ住所等をご記入ください。 { _____ }	

FAX でのお申込み後、振込先口座を代表者様  
ご連絡先へお知らせいたします。

FAX 送信先:函館五稜郭病院 0138-56-2695

事務局:感染情報管理室 山根