

第9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:2019年7月6日(土曜日)

展示費:30,000円

※会場の都合上、先着順 15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 2019年6月7日(金曜日)

御社名		
代表者様氏名	様	
代表者様 ご連絡先	住所 _____ Mail _____ TEL _____ FAX _____	
企業展示参加予定人数 (代表者様を除く)	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