

**日本カトリック医療施設協会 50周年記念全国大会 申込要領・参加申込書**

ふりがな 氏名		性別	男・女・Fr・Sr
所属		職種・役職名	
住所		電話番号	
e-mail			

所属団体	全国大会	懇親会	被災地視察	備考
日本カトリック医師会・日本カトリック看護協会	出席・欠席	出席・欠席	参加・不参加	

\*性別・所属団体・全国大会・懇親会・被災地視察の欄に○印をお付けください。

\*氏名には必ず ふりがな をお付けください。

申込先： 日本カトリック医療施設協会 事務局 ※下記参照

申込締切： 平成26年9月30日（火）必着

参加費： 大会費 12,000 円、懇親会費 8,500 円、被災地視察ツアー費 3,000 円

送金先： 振込先：筑邦銀行(0009) 日吉町支店(004)

普通口座 3015764

口座名 日本カトリック医療施設協会 会長 島弘志（しまひろじ）

★10月10日（金）までにお振り込みください。

★振込依頼書の領収印をもって領収証の代りとしてさせていただきます。

★振込手数料は各自ご負担ください

★一度お振込いただいた参加費の返金はいたしませんのでご注意ください。

備考： 旅行代理店（日新航空サービス株式会社）にて、会場ホテル並びに近隣ホテルの宿泊申込を行うことができます。ご希望の方は同封の案内にて、直接旅行代理店へ申込ください。

以上

**【お問い合わせ・送付先】**

日本カトリック医療施設協会 事務局

社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 チャプレン室内 井手・山本

〒830-8543 福岡県久留米市津福本町 422

電話：0942-35-3322, FAX:0942-34-3516, E-mail:k.ide@st-mary-med.or.jp