平成１７年度 大学病院情報マネジメント部門連絡会議
参加申込書（申込期限 12 月 28 日）

申込み先　登録事務局　**FAX：03-5379-3255**

同行参加者記入欄が足りない場合には、本申込書をコピーしてご記入下さい。

申込み代表者名	所属： 住所：〒 TEL： Mail： 所属・職種など
事前参加登録料 振込用紙必要枚数	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 枚 （振込用紙は、１名様に付き１枚必要です。）
同行参加者名	所属・職種など
同行参加者名	所属・職種など
同行参加者名	所属・職種など
同行参加者名	所属・職種など
同行参加者名	所属・職種など
同行参加者名	所属・職種など