

【送信表】

注意

今回のお申込は参加費用を事前にお振込み頂いた後の申込となります。

第8回大和医療・福祉従事者大懇親会 令和元年10月12日（土）

シャローム 木下宛 返信日 令和元年 月 日

■ 新規(初めてファックスする場合) □ 追加(ファックス後追加申し込みの場合)

ファックス 046-259-6062 (不参加は返信不要)

法人名			
事業所名			
参加代表者			所属
連絡先電話	(担当者)	E-mail	

参加申込	人数	__名 × 6,000円 →		参加費合計	円
	氏名	所属番号		所属番号 1	所属番号
		所属番号		所属番号	所属番号
		所属番号		所属番号	所属番号
		所属番号		所属番号	所属番号

◆ 所属番号については現時点で自身が所属している番号を記載して下さい

- ①訪問介護 ②訪問看護 ③訪問入浴 ④通所介護 ⑤通所リハ ⑥訪問マッサージ ⑦小規模多機能 ⑧GH ⑨ 有料ホーム
 ⑩ 福祉用具 ⑪ SS ⑫ 特養 ⑬老健 ⑭歯科 ⑮サ高住 ⑯訪問リハ ⑰地域包括 ⑱居宅介護支援 ⑲ 病院
 ⑳クリニック(訪問診療) ㉑個人会員 ㉒ その他

協賛申込	<input type="checkbox"/> 申し込む →	____口 × 10,000円	協賛金	円
------	---------------------------------	-----------------	-----	---

振込金額 (参加費合計+協賛金)	円
------------------	---

振込明細書兼領収書添付

参加申込は振込み後、『振込明細書』のコピーをグレーの欄に添付しファックスしてください。

- 〔 *インターネットバイキング利用の場合は振込み完了がわかるものを添付して下さい。
 *明細書には「振込年月日」「振込依頼人名」「振込先」「振込金額」を残し、他の情報を黒塗りで消して下さい。 〕

振込明細書等の添付のない申込は『無効』となりますのでご注意ください。

参加費及び協賛金の振込みは事業所名で参加合計分下記の口座に振り込んで下さい。(振込み手数料は事業所負担でお願い致します)
 尚、経理上参加費と協賛金を分けた場合は2枚添付してファックスをお願いします。

【振込先】

横浜銀行 南林間支店(622) 普通預金 6047783
 名義 大和ケアマネージャー連絡協議会 事務局 副会長 木下 誠人
 (ヤマトケアマネージャーレラクキョウギカイ ジムキョク)

- ◆ 今回は領収証の発行は致しません。振込明細書兼領収書を領収書の代わりとさせていただきます。
 また、振込み後のキャンセルに伴う返金は致しませんので予めご了承ください。

送信表の〆切は令和元年8月31日までをお願いします。