

公益社団法人全国老人保健施設協会

# 2018 年度老人保健施設管理医師総合診療研修会 参加申し込み 変更等連絡票

変更等連絡日： 年 月 日

参加申込者名： \_\_\_\_\_

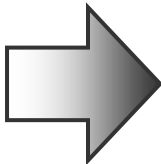
申込会場：( 東京第一会場 ・ 東京第二会場 ・ 愛知会場 ・ 大阪会場 )

所 属： \_\_\_\_\_ 事務連絡者名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

送付先：東武トップツアーズ株式会社東京国際事業部 宛

**FAX 番号：03-5348-3799**

| 内容              | 申し込み時の内容 |   | 変更後の内容 |
|-----------------|----------|---|--------|
| 参加の申し込みについて     |          |  |        |
| 宿泊の申し込みについて     |          |   |        |
| その他<br>(変更・修正等) |          |   |        |

旅行会社記入欄 (お申込み後3営業日以内に、下記いずれかの口に✓を入れ、当用紙をFAX 返信 受付日  
させていただきます)

- 上記、頂いた内容で変更を承りました。
- 参加等全ての申込を取り消し致しました。
- 取消料がかかりますので、別途ご案内申し上げます。