**ＦＡＸ送信用紙**

**令和6年度全民連医療事務研修会　参加・宿泊申込書　　（5月31日（金）必着）**

愛徳医療福祉センター　中村　　宛　（ＦＡＸ：073-426-1044）

施設名

担当者・所属

Ｅmail：

**＊　不参加　（　←　不参加の場合はこちらに“○”をしてください）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） 参加者名 | 職　名 | 医療事務 経験年数 | 宿　泊　申　込（ダイワロイネットホテル和歌山） | | | 備　考 |
| 部屋 タイプ | （シングル） | |
| 21日 | 22日 |
| （前日泊） | （当日泊） |
|  |  |  | 禁煙 |  |  |  |
| 喫煙 |  |  |
|  |  |  | 禁煙 |  |  |  |
| 喫煙 |  |  |
|  |  |  | 禁煙 |  |  |  |
| 喫煙 |  |  |
|  |  |  | 禁煙 |  |  |  |
| 喫煙 |  |  |
|  |  |  | 禁煙 |  |  |  |
| 喫煙 |  |  |

※宿泊申込は、いずれか該当するところに“○”を記入してください

　※ツイン利用（2名1室）ご希望の場合は備考欄に記入してください。

**()当日・前日・10日前、無断キャンセルにつきましては、キャンセル料が発生する場合がありますので、必ずホテル、担当施設へ連絡お願いします。**

【振込内訳】　　　全民連加入施設　　　１０,０００円　×　　　　名　＝　　　　　　円

全民連未加入施設　　１４,０００円　×　　　　名　＝　　　　　　円

銀行振込予定日　　　令和６年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　★宿泊費は各自ホテルで精算してください。