【ホームページより申込用】

　医療福祉・在宅看取りの地域創造会議事務局（医療福祉推進課内）行き

　（ＦＡＸ　０７７－５２８－４８５１）

令和元年度総会・懇親会出欠表

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　　容 | ＊どちらかに○をつけてください |
| **＜総　会＞**  **場所：　ピアザ淡海　大会議室**  **日時：8/25（日）14:00～17:00** | **（　　　）　出席します**  **（　　　）　欠席します** |
| **＜懇親会＞**  **場所：ホテルピアザびわ湖スカイビアガーデン**  **日時：8/25（日）17:30～19:30**  ＊会費：6,000円程度を予定 | **（　　　）　出席します**  **（　　　）　欠席します** |

**○令和元年度の個人会費１，０００円を入金されていない方は、総会当日にお支払い**

**いただくか、銀行振込で納入いただきますようよろしくお願いいたします。**

|  |
| --- |
| ＜振込先＞　滋賀銀行県庁支店　（普通）　４９９８５８  　　　　　　【口座名義】医療福祉・在宅看取りの地域創造会議 |

　　　　　　　※申し訳ありませんが、振込手数料は各自ご負担願います。

所　　属

職　　種

会員氏名

メールアドレス

【団体用】

　医療福祉・在宅看取りの地域創造会議事務局（医療福祉推進課内）行き

　（ＦＡＸ　０７７－５２８－４８５１）

令和元年度総会・懇親会出欠表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内　　　容 | ＊出席いただける方の職種・氏名をご記入ください。 | |
| 職種 | 氏名 |
| **＜総　会＞**  **場所：　ピアザ淡海　大会議室**  **日時：8/25（日）14:00～17:00** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **＜懇親会＞**  **場所：ホテルピアザびわ湖スカイビアガーデン**  **日時：8/25（日）17:30～19:30**  ＊会費：6,000円程度を予定 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

団 体 名

所　　属

担当者名

連絡先（電話）