

申込期限：2025 年 9 月 30 日（火）予定

宛先：第12回日本小児診療多職種学会in山形 運営事務局 行

FAX：023-689-1114 E-mail：shouni-tashokushu2026@okaze.jp

第12回日本小児診療多職種学会in山形 共催セミナー申込書

共催セミナー開催希望日 (ランチョンセミナー)		▼2/7(土)・2/8(日)いずれかをご記入ください。 2026年 2月 日 ()
	▼「大ホール」又は「スタジオ①」を ご記入ください。	▼金額をご記入ください (大ホール 880,000円 スタジオ① 770,000円)
第1希望		円
第2希望		円

※同日同会場で複数の申し込みがある場合は、事務局にて調整をさせていただきます。

貴社名			
部署名		ご担当者名	
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
演者・座長候補者名（氏名・ご所属をご記入ください）			
希望タイトル（案）：			
備考			

ご協力誠にありがとうございます。振込先は以下の口座でございます。

■振込先口座名義 第12回日本小児診療多職種学会 in 山形
銀行名・店名 みずほ銀行 本郷支店（店番号075）
口座番号 普通 4241691
口座名義フリガナ ダイジユウニカイニホンシヨウニシンリヨウタシヨクシユ
ガツカイインヤマガタ