

# [第17回 日本在宅ホスピス協会 全国大会 in 福井 申込書]

開催期間 2014年11月14日(金)～16日(日)

フリガナ お名前			参加 区分	<input type="checkbox"/> 会員(医師・歯科医師・薬剤師) 2,000円
MAIL				<input type="checkbox"/> 非会員(医師・歯科医師・薬剤師) 4,000円
職業				<input type="checkbox"/> 会員(他メディカル・福祉関係者・学生) 1,000円
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他		会員 No.	<input type="checkbox"/> 非会員(他メディカル・福祉関係者・学生) 2,000円
会員の方は会員No.を記入してください。				
連絡先 情報	名称			
	住所	〒 都道 府県		
	TEL	FAX		
分科会(複数選択、当日変更可)		抄録の受け取り		15日の懇親会への参加
<input type="checkbox"/> つながる 在宅ホスピスにつながる退院支援とは? <input type="checkbox"/> はぐくむ ホスピスマインドを持った医療者を育てよう! <input type="checkbox"/> ひろげる スピリチュアルケアを拡大する <input type="checkbox"/> まちづくり 在宅ホスピスのあるまちづくり		<input type="checkbox"/> 郵送 300円 <input type="checkbox"/> PDFをメール 0円 <input type="checkbox"/> 当日受け取り 0円		<input type="checkbox"/> 参加 6,000円 <input type="checkbox"/> 不参加 0円
14日ウェルカムパーティー	<input type="checkbox"/> 参加(医師・歯科医師) 40,000円 <input type="checkbox"/> 参加(コメディカル) 25,000円	<input type="checkbox"/> 不参加 0円 宿泊先は福井県あわら市の「あわらの宿 八木」に宿泊となります。		
15日オプションツアー	<input type="checkbox"/> 永平寺拝観コース 8,100円 <input type="checkbox"/> 一乗谷朝倉氏遺跡コース 9,200円 <input type="checkbox"/> 越前そば打ち体験コース 3,000円 <input type="checkbox"/> メガネミュージアムコース 3,000円	<input type="checkbox"/> 養浩館・福井郷土歴史博物館コース 340円 <input type="checkbox"/> 恐竜博物館化石発掘体験コース 10,000円 <input type="checkbox"/> 越前がに懐石&えち鉄コース 25,000円 <input type="checkbox"/> 参加しない 0円		
15日の宿泊先の手配	満室となりました。お手数ですが各位で宿泊先の手配をしていただきますよう、よろしくお願いいたします。			
16日オプションツアー	<input type="checkbox"/> 帰る前に！越前かに祭りコース(要交通費) <input type="checkbox"/> 参加しない 0円			
チャイルドルーム	<input type="checkbox"/> 希望しない 0円 <input type="checkbox"/> 14日のみ希望 2000円 <input type="checkbox"/> 15日のみ希望 2000円 <input type="checkbox"/> 両日希望 4000円			
合計金額	ご記入をお願いします。	振込先	福井信用金庫 本店営業部 普通 4328179 加入者名：日本在宅ホスピス協会全国大会in福井大会 大会長 紅谷 浩之	

参加のお申し込みは下記の連絡先まで、FAXにてお願いします。お申し込み後1週間以内に上記口座にお振込みください。  
 入金期限は11月7日(金)です。ご入金をもって登録完了となります。振込手数料はご負担下さいませ。  
 なお、ご返金につきましてはお受けできませんのでご了承下さいませ。また、お電話でのお申し込みはお受けしていません。

備考欄 領収書が必要な方は、下記へ領収書宛名・金額等をお書き下さい。当日、受付にてお渡し致します。

事前申込み期限 2014年10月31日(金)

**FAX.0776-21-3353**

お問い合わせは事務局である、  
**オレンジホームケアクリニックまでどうぞ。**  
 TEL 0776-21-3333(9～17時) FAX 0776-21-3353  
 Mail hhafukui@orangeclinic.jp