

# 講演会・施設見学等申込書

一般社団法人 メディポリス医学研究所

メディポリス国際陽子線治療センター

FAX 0993-24-3450

Ver.3 201703 改定

平成 年 月 日

受付者	メディポリス国際陽子線治療センター 担当者		
団体等の名称			
住所			
担当者名及び 部署名			
電話番号			
当日連絡先			
FAX番号			
E-mail アドレス			
参加人数(予定)	人		
施設見学等 希望日時	第1希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
	第3希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
講演会 希望日時	第1希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
	第3希望	年 月 日( )	時 分～ 時 分
※ すでに講演会・施設見学等日時が確定している場合は「第1希望欄」へご記入ください。 ※ 施設見学につきましては、原則治療時間外となります。			
メディポリス国際陽子線治療センターに隣接しているホテルを利用する場合は「有」へ○印を付けてください。			
宿泊:有・無	食事:有・無	その他:有・無	
【備考】 _____			
_____			
_____			

【内部処理用】

受付	承認	連絡