

DVMsメディカルフェスティバル2019 参加申込書



病院名		
院長先生のお名前	先生	
ご連絡先	お電話番号	() -
	メールアドレス	@
ご参加資格 該当するものに☐を入れて下さい	<input type="checkbox"/> DVMs会員 <input type="checkbox"/> 横浜市獣医師会会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> その他 ()	

懇親会 どちらかを丸で囲んで下さい	・ ご出席	・ ご欠席
-----------------------------	--------------	--------------

ご参加者名簿

ご氏名	いずれかに丸印を付けて下さい	懇親会
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席
様	獣医師 看護師 その他	ご出席 ・ ご欠席

相談会希望 どちらかを丸で囲んで下さい	・ 税務相談希望	・ 労基相談希望
-------------------------------	-----------------	-----------------

参加ご希望のご連絡をいただきましたら、あらためてこちらからご連絡申し上げます。
なお相談内容等については顧問税理士あるいは顧問労務士と直接やり取りをして頂きます。

FAX送信先：045-473-1208

なお、お申し込みはWEBでも受け付けております。

URL:<https://yokohama-dvms.com/2019/10/15/01-5/>

