

宛先: 大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)事務局 FAX 03-5689-0726 または 03-5684-7531
 Email gakkai@umin.ac.jp (下記内容をメールでお送りいただいても結構です。)

2. 学術集会・研修会・講習会の計画

| | |
|----------------------------|--|
| ふりがな 学会名(和名) ※必須 | |
|----------------------------|--|

◆申請者情報(内容確認等でご連絡する事がありますので、E-MAIL欄は必ずご記入ください)

| | | |
|----------------------|--------|--|
| ふりがな 依頼者氏名 | | |
| 依頼者の所属先 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | E-MAIL | |

◆学術集会情報《記入例》期日の確定しているもののみご記入願います。

| 責任者(代表者) | 氏名 | 勤務先名称 | 勤務先職名 |
|--------------|---|-----------|----------|
| | 遊民 太郎 | 〇〇大学附属病院 | 医療情報部 教授 |
| 開催期間 | 2015年 10月 10日から 2015年 10月 12日まで (1日だけの場合は開始日のみご記入ください) | | |
| 名称 | 開催地(都道府県名・都市名) | 会場名称 | |
| 第10回UMIN学術集会 | 東京 (都道府県) 文京区 (市・東京の区) | 文京グランドホテル | |
| ホームページURL | http:// (ない場合は「なし」とご記入ください) | | |

◎期日の確定しているもののみご記入願います。

| 責任者(代表者) | 氏名 | 勤務先名称 | 勤務先職名 |
|-----------|--|-------|-------|
| | | | |
| 開催期間 ※必須 | 西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日まで (1日だけの場合は開始日のみご記入ください) | | |
| 名称 | 開催地(都道府県名・都市名) | 会場名称 | |
| | (都道府県) (市・東京の区) | | |
| ホームページURL | http:// (ない場合は「なし」とご記入ください) | | |

◎期日の確定しているもののみご記入願います。

| 責任者(代表者) | 氏名 | 勤務先名称 | 勤務先職名 |
|-----------|--|-------|-------|
| | | | |
| 開催期間 ※必須 | 西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日まで (1日だけの場合は開始日のみご記入ください) | | |
| 名称 | 開催地(都道府県名・都市名) | 会場名称 | |
| | (都道府県) (市・東京の区) | | |
| ホームページURL | http:// (ない場合は「なし」とご記入ください) | | |