

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)	
-----------------	--

◆申請者情報(必ずご記入願います。)

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	平成20年 10月 10日から平成20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	平成 年 月 日 から 平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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)		