**日本DME協会**

**事務局宛メールで送信下さい。**

**info@japan-dme.or.jp**

**「DMEシンポジウム２０１７」参加申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡年月日　平成2９年　月　日

**平成29年3月13日（月）開催の「DMEシンポジウム２０１７」に次の通り参加を申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| ご氏名 |  |
| 組織名称 |  |
| 部署名 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |

**複数名の方が参加される場合は、下表に記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 組織名称 |  |
| 参加者ご氏名 |  |
| 参加者ご氏名 |  |

**シンポジウム終了後の情報交換会（会費3,000円）への参加申込**

|  |
| --- |
| 参加者ご氏名 |
|  |
|  |
|  |