

第19回 日本医療情報学会
看護学術大会

寄付金募集要項

寄付金募集要項

1. 大会名称
第19回日本医療情報学会看護学術大会
2. 目的
第19回日本医療情報学会看護学術大会の開催
3. 寄付金の使途
第19回日本医療情報学会看護学術大会の準備および運営費用
4. 目標金額
500,000円
5. 募集期間
2017年10月3日（火）～2018年6月1日（金）
6. 論文集への掲載
寄付いただいた場合は、論文集に貴社名・貴団体名等を掲載させていただきます。
7. 寄付金申込先
寄付申込書を大会ホームページ（<http://www.jami-ni-kochi2018.com>）からダウンロードし、必要事項をご記入の上、jamini2018@chikamori.com（大会事務局）宛にメールまたは郵送にてお送りください。詳細は申し込みをいただいた後に、直接ご担当者様に連絡いたします。
振込先口座：
第19回日本医療情報学会看護学術大会 代表者 吉永富美
ダイジュウキュウカイ
ニホンイリョウジョウホウガツカイカンゴガクジュツタイカイ
ダイヒョウシャ ヨシナガフミ
四国銀行 本店営業部（店番号051）普通5177034
8. 申込先・問い合わせ先（大会事務局）
第19回日本医療情報学会看護学術大会 事務局
社会医療法人近森会 管理部門 診療支援部 企画課 担当：礒部 早織
〒780-8522 高知県高知市大川筋一丁目1-16
TEL：088-822-5231 / FAX：088-872-3059
E-mail：jamini2018@chikamori.com

宛先：jamini2018@chikamori.com

申込期限：2018年6月1日（金）

申込先：

第19回日本医療情報学会看護学術大会 事務局
社会医療法人近森会 管理部門 診療支援部 企画課 担当：磯部 早織 行

第19回日本医療情報学会看護学術大会 寄付申込書

第19回日本医療情報学会看護学術大会
大会長 吉永 富美 殿

申込日 西暦 年 月 日

会社名 団体名	フリガナ	
実務 担当者	住所 〒	
	所属部署	フリガナ
	役職	氏名
	TEL	FAX
	E-mail	

※ご記入いただいた個人情報につきましては、本大会の連絡ならびに各種学会のご案内以外には使用いたしません。

第19回日本医療情報学会看護学術大会の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付いたします。

記

1. 寄付金額 金 _____ 円
2. 振込予定日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上

※事務局使用欄

受付日	受付番号	備考
-----	------	----