

FAXからの
申込みはこちら

メディカルスタディ協会関西 医院開業勉強会
ご参加申込みFAX用紙

フリガナ		年齢	歳	性別	男・女
ご氏名					
ご生年月日	西暦 昭和	年	月	日	
ご自宅住所	〒	都道 府県	市区 町村		
ご自宅TEL	()	ご自宅FAX	()		
E-mail		@			
ご勤務先		ご参加人数			人

ご開業について

開業希望時期 いずれかに○印をご記入ください	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定		
開業科目 ご予約の診療科目に ○印をご記入ください	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	小児科	皮膚科
	産婦人科	眼科	歯科	その他()		
個別相談会参加 いずれかに○印をご記入ください	希望する	希望しない				
ご相談内容 ご自由にお書きください						

ご招待状送付先住所

※ご自宅以外をご希望される方は下記にご記入ください。

〒

〈個人情報の取り扱いについて〉

本申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、セミナー講師・共催・協賛・下記事務局企業(以下、セミナー開催企業という)の各社へ提供する場合があります。お預かりした情報は、今後開催される各種イベント、セミナーのご案内やセミナー開催企業からの製品情報のご案内に、利用させていただくことがあります。ご案内が不要の方はお申し出頂きますと、ご案内の発送を中止いたします。また、ご記入頂いた個人情報は適切に管理し、お客様の承諾なくセミナー開催企業以外の第三者に開示・提供することは有りません。

事務局企業: 社会保険労務士法人 和、ミツワ広告株式会社、株式会社ロックンクリエイト、シャープファイナンス株式会社

上記のお申込み記入欄にご記入後、下記番号にFAXしてください。

▼ FAX:(06)6252-6066