

FAXからの
申込みはこちら

クリニック開業勉強会 ご参加申込みFAX用紙

ご氏名	フリガナ -----	年齢	歳	性別	男・女
ご自宅住所	〒 - 都道府県 市区町村				
ご連絡先	()	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 <small>いずれかに○印をご記入ください</small>	1年以内	2年以内	時期未定
開業科目 <small>ご予定の診療科目に○印をご記入ください</small>	内科(呼吸器・循環器・消化器・その他) 皮膚科 産婦人科 眼科	整形外科 泌尿器科 心療内科	耳鼻咽喉科 小児科 その他()
ご希望の開業エリア	ご希望の沿線【 線】【 駅】 ご希望のエリア【 方面】		

備考欄 <small>ご自由にお書きください</small>	
-----------------------------------	--

〈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・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頂くことがあります。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・提供することはありません。

〈 FAXからの申込み 〉

FAX: 03-5579-8771

お申込み記入欄にご記入後、上記番号にFAXしてください。

〈 WEBからの申込み 〉

WEBからもお申込みができます。
右のQRコードからアクセスして
ださい。

