

FAXからの申込はこちら

2024年 メディカルスタディ協会 医院開業勉強会

ご参加申込みFAX用紙



セミナー申込は
こちらから

ご希望会場	<input type="checkbox"/> 名古屋 7/21(日) [<input type="checkbox"/> 東京 7/7(日) <input type="checkbox"/> 大阪 7/7(日) <input type="checkbox"/> 福岡 8/4(日)]		
ご参加セミナー (名古屋ご参加の方)	<input type="checkbox"/> 午前/新規開業・承継開業セミナー(10:30~13:30) <input type="checkbox"/> 午後/分院開業セミナー(13:30~16:30) <input type="checkbox"/> 午前・午後/新規開業・承継開業セミナー & 分院開業セミナー(10:30~16:30)		
お名前	フリガナ	年 齢 歳	
ご住所	フリガナ		
	〒 _____ 都 道 市 区 府 県 町 村		
ご連絡先電話番号	(_____)		
E-mailアドレス	_____ @ _____		
ご勤務先		ご参加人数	_____ 人

ご開業について

開業希望時期 いづれかに ○印をご記入下さい	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定			
診療科目 いづれかに ○印をご記入下さい	内科(呼吸器・循環器・消化器・糖尿病・その他)	整形外科	耳鼻咽喉科	小児科	眼科		
知りたい 興味のある情報 複数○印可能	開業の流れ	物件情報	建築・内装	融資・リース	事業計画	医療機器	調剤薬局
個別相談会参加 いづれかに ○印をご記入下さい	希望する	相談内容をお選びください 資金計画 土地・物件 建築・内装 開業全般 医療機器 広告全般 人事労務 その他(_____)					希望しない
ご相談内容 ご自由にお書きください							

〈個人情報の取扱いについて〉

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・提供することは有ません。



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 052-321-6141

名古屋セミナー会場
アクセスはこちらから

