

FAX用お申込書

必要事項をご記入の上、ファックスしてください。

(受付は定員になり次第終了とさせていただきますので予めご了承ください)

お申込み希望 セミナー名	
会場名・開催日	例)東京会場 ○○月○○日

施設名		病棟・ 部署名			
お申込者様 ご氏名	フリガナ 名	お申込み人数	電話番号 FAX	電話 FAX	
送付先住所	〒 お勤務先・ご自宅 (どちらかを○で囲んで下さい)				ご指定宛名 (お申込者様と異なる場合のみご記入ください)

【個人情報の取り扱いについて】

お伝えいただいたお客様の個人情報は、当社関連業務以外の目的で利用することは一切ございません。

FAX番号 : 0120-874-894