

FAXからの
申込みはこちら

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

ご希望会場	<input type="checkbox"/> 東京 7/22(日) <input type="checkbox"/> 大阪 7/8(日) <input type="checkbox"/> 名古屋 7/1(日) <input type="checkbox"/> 福岡 7/22(日)				
フリガナ	_____				
ご氏名	_____	年齢	_____	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 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 ご予定の診療科目に ○印をご記入ください	内科(呼吸器・循環器・消化器・その他)	整形外科	耳鼻咽喉科	小児科
	皮膚科	産婦人科	眼科	泌尿器科
			心療内科	その他(_____)
知りたい・興味のある情報	開業の流れ	物件情報	建築・内装	融資・リース
	医療機器	電子カルテ	予約システム	広告全般
	税務	人事労務	保険	事業計画 内覧会

個別相談会参加 いずれかに○印をご記入ください	<input type="checkbox"/> 希望する (相談内容をお選びください)	<input type="checkbox"/> 資金計画 <input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 土地・物件 <input type="checkbox"/> 広告全般	<input type="checkbox"/> 建築・内装 <input type="checkbox"/> 人事労務	<input type="checkbox"/> 開業全般 <input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 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。

東京会場
新宿NSビル30階
スカイカンパレンス ホールA・B
東京都新宿区西新宿2丁目4-1
TEL.03-3342-4920

※参加者は公共交通機関をご利用下さい。

大阪会場
梅田スカイビル
タワーウエスト36階
大阪市北区大淀中1丁目1-88
TEL.06-6440-3899

※参加者は公共交通機関をご利用下さい。

名古屋会場
愛知県産業労働センター「ウイंकあいち」
7階 展示会場 704・705号室
名古屋市中村区名駅4丁目4-38
TEL.052-571-6131

※参加者は公共交通機関をご利用下さい。

福岡会場
JR博多シティ10F
福岡市博多区博多駅中央街1番1号
TEL.092-292-9258

※参加者は公共交通機関をご利用下さい。

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: (03) 6215-8700