

FAXからの申込はこちら

メディカルアシスト東海 開業アシストセミナー

※参加希望回に☑をお願いします

8/20²⁰²³ 日

10/15²⁰²³ 日

12/17²⁰²³ 日

2/18²⁰²⁴ 日

ご氏名	フリガナ -----	年齢	歳	性別	男・女
ご自宅住所	〒 ー 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 いつれかに ○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		
開業科目 ご予定の診療科目に ○印をご記入下さい	内科(呼吸器・循環器・消化器・その他) 皮膚科	産婦人科 泌尿器科	整形外科 心療内科	耳鼻咽喉科 歯科	小児科 その他()	眼科
知りたい 興味のある情報 複数○印可能	開業の流れ 電子カルテ	物件情報 予約システム	建築・内装 広告全般	融資・リース 内覧会	事業計画 税務	医療機器 採用・人事労務 調剤薬局 保険
個別相談会 ご相談内容 ※ご自由に 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・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。

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:052-228-0898

webからの申込はこちら



<http://medicalat.jp>→
「セミナー・イベント」より
お申込み下さい



QRコードを読み取り
お申込み下さい

