

2017年12月10日(日) クリニック開業体験セミナー参加申込用紙

下記申込用紙に必要事項をご記入の上、下記宛先までFAXにて送付ください。
申込み受付後、受付内容の確認と会場の案内図をご連絡致します。

氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	歳	参加申込人数	人
住所	〒		
連絡先	TEL: - - (携帯: - -)		
	※お申込み確認後メールにて受講票を送らせて頂きますので、メールアドレスを必ずご記入下さい。		
	E-mail: @		
勤務先			
診療科目	内・呼・消・循・小・耳・皮・泌・形外・ 整・リハ・外・脳外・放・眼・アレ・精・心内・ 神・神内・産・婦・透・在宅 その他 ()		
開業希望時期	年 月頃		
開業希望エリア			
個別相談	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

<個人情報の取り扱いにつきまして>

- お寄せいただきました個人情報につきましては本セミナーの共催会社よりセミナーの申込み確認、運営管理及び開業支援情報のお知らせを希望する場合のご案内に使用致します。
※セミナー開催後、共催会社からの開業支援情報に関するお知らせを希望しない場合はご来場時にその旨お申し出ください。
- ご記入頂きました情報は、当社個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承認なく上記以外の第三者に開示・提供することはありません。

株式会社LSIメディエンス
臨床検査事業本部 医療情報部 行

FAX 03-5577-0653