

令和6年(2024年) 秋期セミナー参加申込書

本紙にご記入後、下記 FAX 番号までお送りください。

申込み確認後、当事務局よりメールをお送りいたします。

オンライン配信のため、受講者ごとにメールアドレスを必ずご記入ください。

FAX:019-903-0460

(共催先:公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 岩手県支部)

【一般社団法人 岩手県私立病院協会の賛助会員です】

病院・団体名		TEL: ()
住 所		FAX: ()
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	

ご記入いただいた個人情報は、本セミナーの運営のほか、主催者、共催者、協賛者のご提案、商品 DM 等による情報提供のためにのみ使用し、他のいかなる目的にも使用いたしません。なお、皆様よりいただいた個人情報は、主催者、共催者、協賛者により適切に管理し、ご本人の承諾無く、第三者に提供、開示することは一切ありません。

申込み確認後、当協会事務局よりメールまたは電話にてご連絡させていただきます。

セミナー開催2日前(令和6年11月11日(月))までにセミナー事務局からメールが届かない場合には、お手数ですが下記までお電話願います。

【お問い合わせ先(セミナー事務局)】

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 岩手県支部事務局

〒020-0866 岩手県盛岡市本宮2-3-30 土業の森ビル

TEL:019-635-9999 FAX:019-903-0406