

Fax : 03-5275-6991 (公社) 日本医業経営コンサルタント協会 事業第一課行

「医業経営指標研修」参加申込書

締切日：①9/26 ②③10/3

<input type="checkbox"/>	<b>①仙台会場</b>	<input type="checkbox"/>	<b>②東京会場</b>	<input type="checkbox"/>	<b>③大阪会場</b>
10/6 (木) 13:00~ ホテルベルエア仙台・ベルエア会館		10/13 (木) 13:00~ CIVI研修センター秋葉原(電気街口)		10/13 (木) 13:00~ CIVI北梅田研修センター	

※ご希望の会場を□欄を選択してください。(例：□→■)

●会員 (参加料：12,000 円)

氏名	会員番号
連絡先 (住所・所属等) 〒	※当協会の登録通信先と異なる場合のみお書きください。

●一般 (各 1,000 円) の参加希望の方について下記にご記入ください

フリガナ	
参加者氏名	
勤務先	
連絡先住所	TEL _____ FAX _____
フリガナ	
参加者氏名	
勤務先	
連絡先住所	TEL _____ FAX _____

受講料(会員) : 12,000 円 × 名 = \_\_\_\_\_ 円

受講料(一般) : 1,000 円 × 名 = \_\_\_\_\_ 円

- ・郵便局に備え付けの郵便振替用紙で下記の口座に受講料をお振込みください。  
(銀行振込をご希望の場合は本部事務局までお申出ください。)
- ・お申込みを確認後、セミナーの約一週間前に受講確認書を登録通信先にお送りします。

郵便振替払込金受領証を貼り付けてください。

受講料振込先

- 振込先口座番号：00140-8-549669
- 加入者名：(公社)日本医業経営コンサルタント協会
- 通信欄：『会員No.( )』『医業経営指標研修 (仙台 or 東京 or 大阪)』と記入してください。  
※事業所名でお振込みになる際には、受講される方のお名前も記入してください。