

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

ご希望日 複数選択可能	<input type="checkbox"/> 10/19(日) <input type="checkbox"/> 11/30(日)				
フリガナ	ご氏名		年齢	歳	性別 男・女
〒	都道府県	市区町村			
ご自宅TEL	()	ご自宅FAX	()		
E-mail	@				
ご勤務先			ご参加人数	人	

ご招待状送付先住所 ※ご自宅以外をご希望される方は下記にご記入ください。

〒 -

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 ご予約の診療科目に ○印をご記入ください	内科 産婦人科	外科 眼科	整形外科 歯科	耳鼻咽喉科 心療内科	小児科 その他()	皮膚科
個別相談会参加 いずれかに○印をご記入ください	希望する		希望しない			
ご相談内容 ご自由にお書きください						

会場:大阪府社会福祉会館

10/19 4階 406号室 11/30 4階 407号室

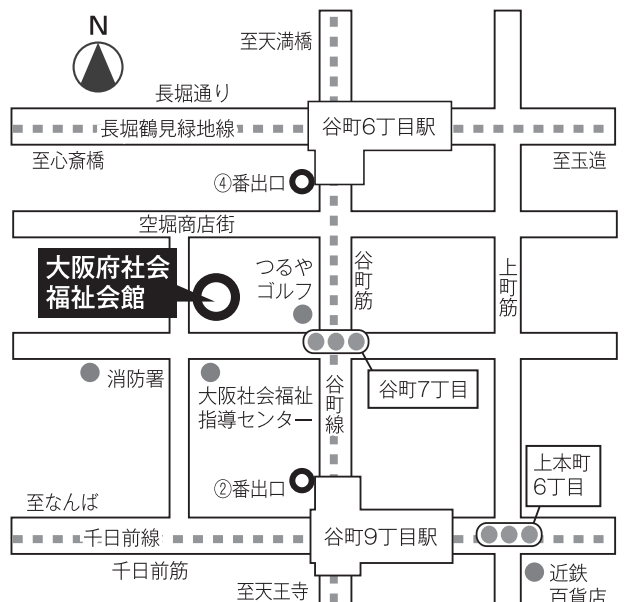
大阪市中央区谷町7丁目4-15 TEL:06-6762-5681
http://www.fine-osaka.jp/syakaifukusi/index.html

●アクセス

地下鉄谷町線・長堀鶴見緑地線「谷町六丁目」駅4番出口(谷町筋を南に200m)
地下鉄谷町線・千日前線「谷町九丁目」駅2番出口(谷町筋を北に500m)
いずれも谷町7丁目交差点を西入る。

〈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・共催・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。
事務局企業:税理士法人 和、シャープファイナンス株式会社(順不同)



※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:(06)4964-1518