

メディカルコンシェルジュ資格認定講習会

～申込用紙～

下記要項に全てご記入の上、特定非営利活動法人日本医療コンシェルジュ研究所・事務局までFAXにてお申し込み下さい。

FAX 03-3527-9483

希望受講日	月	日	会場
-------	---	---	----

氏名	フリガナ	性別	生年月日		
		男・女	S・H	年	月 日(満 歳)
住所	フリガナ				
	〒				
連絡先	ご自宅TEL	携帯TEL			
	e-mail(PC)				
ご請求先	<input type="checkbox"/> ご本人様 <input type="checkbox"/> 勤務先				
勤務先名	フリガナ				
※学生および無職の方 以外にご記入ください		(部署名)			
勤務先住所	フリガナ				
	〒				
		TEL	FAX		
医療資格	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				

※頂きました個人情報は、ご希望のあった紹介斡旋やNPOの運営・講習会以外の目的には利用いたしません。
※定員を超えている場合は、事務局よりご連絡いたします。

特定非営利活動法人 日本医療コンシェルジュ研究所 事務局

お申し込み FAX:03-3527-9483 TEL:03-3527-9481

住所:〒103-0023 東京都中央区日本橋本町4-3-4 東海日本橋ビル8F

e-mail:info@jmclmc.jp URL <http://www.jmclmc.jp>