

FAXからの
お申込はこちら

FAX:092-721-5992

クリニック開業塾 2016 夏 福岡 お申込 FAX 用紙

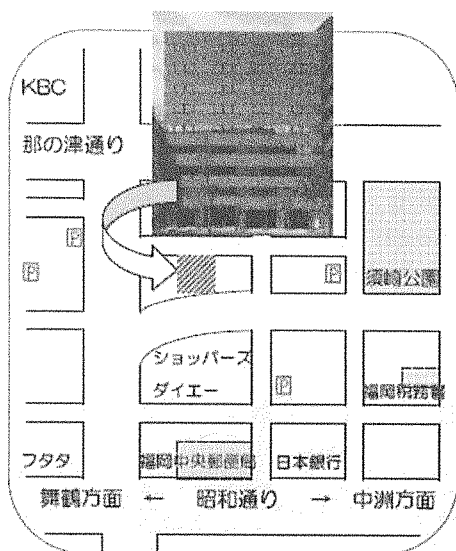
ご氏名	フリガナ	年齢	歳	性別	男・女
ご自宅住所	〒	都道府県	市区町村		
ご連絡先	()	ご自宅FAX	()		
E-mail	@				
ご勤務先			ご参加人数	人	

開業について

開業希望時期 <small>いずれかに○印をご記入ください</small>	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定	
開業科目 <small>ご予定の診療科目に○印をご記入ください</small>	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 その他()	小児科 皮膚科
個別相談会参加 <small>いずれかに○印をご記入ください</small>	・希望する <small>(相談内容をお選びください)</small>	資金計画 医療機器	土地・物件 広告全般	建築・内装 人事労務 開業全般 その他()	・希望しない
ご相談内容 <small>ご自由にお書きください</small>					

(個人情報について) お申込いただいた個人情報につきましては、セミナー講師・共催企業(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。

開催場所について



地下鉄 天神駅より 徒歩7分
西鉄 西鉄福岡駅 徒歩9分
都市高速 天神北出口 2分

※お車で越しの場合、近隣のコインパーキングへ駐車下さい。