

## FAXからの申込はこちら

# 2022年 4/24(日) メディカルアシスト東海 開業アシストセミナー ご参加申込みFAX用紙

ご氏名	フリガナ -----	年齢	歳	性別	男・女
ご自宅住所	〒 ー 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		

## ご開業について

開業希望時期 いづれかに ○印をご記入下さい	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定		
開業科目 ご予定の診療科目に ○印をご記入下さい	内科(呼吸器・循環器・消化器・その他)		整形外科	耳鼻咽喉科	小児科	眼科
	皮膚科	産婦人科	泌尿器科	心療内科	歯科	その他( )
知りたい 興味のある情報 複数○印可能	開業の流れ	物件情報	建築・内装	融資・リース	事業計画	医療機器
	電子カルテ	予約システム	広告全般	内覧会	税務	人事労務 保険
個別相談会 ご相談内容 ※ご自由に ご記入ください						

### 「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・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。

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:052-228-0898

webからの申込はこちら



<http://medicalat.jp>→  
「セミナー・イベント」より  
お申込み下さい



QRコードを読み取り  
お申込み下さい

