

令和7年（2025年）秋期セミナー参加申込書

本紙にご記入後、下記FAX番号までお送りください。

申込み確認後、当事務局よりメールをお送りいたします。

オンライン配信のため、受講者ごとにメールアドレスを必ずご記入ください。

FAX：019-903-0460

（共催先：公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 岩手県支部）

【一般社団法人 岩手県私立病院協会の賛助会員です】

病院・団体名		TEL： ()
住 所		FAX： ()
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	
フリガナ 受講者名	(メールアドレス)	

ご記入いただいた個人情報、本セミナーの運営のほか、主催者、共催者、協賛者のご提案、商品DM等による情報提供のためにのみ使用し、他のいかなる目的にも使用いたしません。なお、皆様よりいただいた個人情報は、主催者、共催者、協賛者により適切に管理し、ご本人の承諾無く、第三者に提供、開示することは一切ありません。

申込み確認後、当協会事務局よりメールまたは電話にてご連絡させていただきます。

セミナー開催2日前（令和7年10月27日（月））までにセミナー事務局からメールが届かない場合には、お手数ですが下記までお電話願います。

【お問い合わせ先（セミナー事務局）】

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 岩手県支部事務局

〒020-0866岩手県盛岡市本宮2-3-30 士業の森ビル

TEL：019-635-9999 FAX：019-903-0406