|  |
| --- |
| 令和５年（２０２３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  住　　　　所 |  | **TEL**：  　　　　（　　　）  **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は、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５年１１月２０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**