

# クリニック経営塾参加 申込書

クリニック経営塾の  
お申し込みは

**FAX 096-363-2365** (24時間受付)

下記の記入欄にご記入いただき、上記FAX番号までお送りください。

定員に限りがありますのでお早めにお申し込みください。

申込日 平成 24 年 月 日

(フリガナ)		参加人数	
氏 名		ご性別	男・女
役 職		年 齢	
病医院名			
ご連絡先 住 所	〒□□□-□□□□		
ご連絡先 電話番号	<small>個別相談希望の方は直接ご連絡が取れる連絡先(携帯番号等)をご記入ください。</small>	e-mail	

## ■ ご記入ください

標榜科目	内科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 小児科 泌尿器科 皮膚科 眼科 産婦人科 ( ) 科		
個別相談希望	希望する ・ 希望しない	個別相談 希望日時	経営塾当日・( 月 日 時)
ご相談内容 <small>ご自由にお書きください</small>			

お申し込みの際にご記入いただくお客様の個人情報は、当セミナーの受付業務にあたり名簿作成を行いお客様への対応をする上で必要なものです。申し込み頂いた個人情報につきましては、セミナー講師、共催各社へ提供する場合があります。また、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共催各社からのイベントや情報提供に、利用させていただくことがあります。ご案内が不要なお客様は、当社にご連絡をいただければ電子メール、DMなどの送信発送を中止致します。当社では、記入していただいた情報を当社個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することはありません。

お問い合わせ

〒862-0972 熊本市新大江2-2-21 富坂建設内  
「医療経営課題解決をサポートする クリニック経営塾」事務局係

電話番号 **096-363-3013** 受付/平日9:30~17:30