

神戸バイタルサインセミナー 参加申込書

平成23年1月15日(土) 12:30～17:00

お申込みFAX：078-371-2309

お申込期限：平成22年12月22日(水)まで

(先着順で定員になり次第受付終了させていただきます)

ご施設名	
部 署	
職 種 (〇印をご記入ください)	医師 看護師 臨床工学士 ICN その他()
フリガナ	
ご 芳 名	
住 所	
電話番号	() -
★ FAX番号	() -
★ Eメールアドレス	@

〈個人情報のお取り扱いについて〉

* 本申込書にご記入いただきましたお名前、勤務先等の個人情報は、今回のセミナーを運営する為
にのみ使用し、他の目的への使用、第三者への提供は行いません。ご同意の上、お申込み下さいますようお願い致します。

*複数でのお申込みの際はお手数ですが本紙をあらかじめコピーの上、お一人ずつお申込ください。

★FAX番号またはEメールアドレスを必ずご記入ください。受付完了の返信をさせていただきます。

事前に先生方へのご質問などがございましたら下記にご記入ください。また当日受付にご持参いただいても結構です。

--

ここから下は、弊社記入欄

《受付完了致しました》

受付日

受付NO.

--	--

お問い合わせの際は、受付Noをお知らせください。受付Noが当日の座席指定番号になります。

* 申込みから3日以内に受付完了の返信が届かない場合は、お手数ですが、
セミナー事務局までご連絡いただけますようお願い致します。

【お問合せ】 宮野医療器株式会社 神戸バイタルサインセミナー 事務局

担当：菅原 (TEL078-371-2227/FAX078-371-2309)