

DVD・テキスト頒布FAX申込書

送付先 : 日本メディカルスキルアップ
FAX : 03-6893-5946

| | | | | | | |
|-----|--|---|--|---|--|---|
| 申込日 | | 年 | | 月 | | 日 |
|-----|--|---|--|---|--|---|

受講生利用規約に同意し、下記の通り申し込みします。 ※太枠の中をご記入ください。色付のセルは必須項目です。

| | |
|--|--|
| DVD・テキスト 送付先名 所属部署名/役職 (ゴム印可) | |
| 送付先住所 (ゴム印可) | |

| | | | |
|---------------|--|---------|--|
| (ふりがな) お名前 | | メールアドレス | |
|---------------|--|---------|--|

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 電話番号 | | FAX番号 | |
|------|--|-------|--|

購入DVD・テキスト

| | | |
|--------|-------|--|
| ①セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ②セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ③セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ④セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ⑤セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ⑥セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ⑦セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |
| ⑧セミナー名 | 【第 回】 | <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト |

| | |
|--------------------|--|
| 支払方法 | <input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> 銀行振込 |
| 振込名義 (銀行振込の方のみ) | |

| | |
|-----|--|
| 通信欄 | |
|-----|--|



医療技術セミナー

日本メディカルスキルアップ

TEL : 03-4588-9056 FAX : 03-6893-5946

受付時間 平日 : 10:00~18:00 (+セミナー開催日 : 9:00~18:00)

✉ info@skillup-mt.jp

運営 株式会社マーサリー

http://marsary.co.jp/

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷区2-10-15

エクスパートオフィス101

