

新規会員登録申込書

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。

所属医療機関名 所属部署名/役職 (ゴム印可)	
所属医療機関住所 (ゴム印可)	

職業	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 技師 <input type="checkbox"/> その他()
----	--

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

電話番号		FAX番号	
------	--	-------	--

資料等送付先住所 (ゴム印可) ※所属医療機関と異なる場合	
-------------------------------------	--

申込内容

申込区分	<input type="checkbox"/> 医師会員:1年プラン(165,000円)
	<input type="checkbox"/> 医師会員:半年プラン(88,000円)
	<input type="checkbox"/> コ・メディカル会員:1年プラン(88,000円)
	<input type="checkbox"/> コ・メディカル会員:半年プラン(44,000円)
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留
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

エキスパートオフィス101

