

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 <small>(ボム印可)</small>	
送付先住所 <small>(ボム印可)</small>	

<small>(ふりがな)</small> 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
⑨セミナー名	【第 回】	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テキスト
⑩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 <small>(銀行振込の方のみ)</small>	

通信欄	
-----	--



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

TEL 0120-117-253

受付時間 9:00~19:00 (土日祝も可)
✉ info@skillup-mt.jp

〒140-0011 東京都品川区東大井5-14-11
セントポールビル10階

運 営 ケアミックス株式会社