

会員更新・退会申請書

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 <small>(ゴム印可)</small>	
所属医療機関住所 <small>(ゴム印可)</small>	

<small>(ふりがな)</small> お名前		電話番号	
------------------------------	--	------	--

電話番号		FAX番号	
------	--	-------	--

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

申請内容

更新区分	<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)
	<input type="checkbox"/> 退会(更新しない)
振込予定日	月 日

通信欄	退会(更新しない)方は、今後の運営の参考のために理由をご記入ください。
-----	-------------------------------------



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