

5月29日（土）開業セミナー＆相談会 参加申込書

メディカルブレン株式会社 行

FAX：011-551-3017

（ご注意事項）

※複数名でお申し込みの場合は、お手数ですが、下記申込書部分をコピーの上、お一人ずつお申し込みください。
 ※参加お申込みいただいた方には、後日「受講票」をご送付申し上げますので、当日ご持参の上、
 受付にてご提示ください。

ご参加者名			
ご住所	〒 —		
ご自宅TEL		ご自宅FAX	
e-mail		ご参加人数	
ご勤務先			
受講票送付先住所 (ご自宅以外をご希望の場合)	〒 —		

■ご開業について

開業希望時期 (いずれかに○印をご記入ください)	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定		
開業科目 (ご予定の診療科目に○印をご記入ください)	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	小児科	皮膚科
	眼科	産婦人科	その他 ()			
個別相談会参加	希望する	希望しない				
ご相談内容 (自由にお書きください)						

■診療圏調査の申込みチケット（診療圏調査ご希望の方はセミナー当日に報告書をご提供いたします）

診療圏調査申込	希望する	希望しない	ご希望の場合上記の開業科目を選んでください。	
個別相談会希望時間 (ご希望の時間帯に○印をご記入ください)	13:20~13:50	13:55~14:25	17:00~17:30	17:35~18:05
	18:10~18:40	※セミナー講演時間内又は別な日をご希望の場合は別途希望日時をご記入ください		
開業候補地住所 (駅名などの公共施設の名称でも調査可能です)	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">複数可</div>			

お申込みに際しての同意事項

お申し込みの際にご記入いただくお客様の個人情報は、当セミナーの受付業務にあたり名簿作成を行いお客様への対応をする上で必要なものです。申し込み頂いた個人情報につきましては、セミナー講師、共催各社へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は、今後開催される各種イベント、セミナーのご案内や共催各社からの製品情報のご案内に、利用させていただくことがあります。ご案内が不要なお客様は、当社にご連絡をいただければ電子メール、DMなどの送信発送を中止致します。当社では、記入していただいた情報を当社個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することは有りません。

【当社の個人情報保護に関するお問い合わせ窓口】

メディカルブレン株式会社 (担当: 小岩、上田、関崎、和泉) 電話: 011-551-3935
 個人情報保護方針: <http://www.itac-g.com>