

<日本手術看護学会九州地区福岡分会研修会参加お申し込み用紙>

日本メディカルネクスト 宛 【FAX 092-622-7731】

【ご施設名】 \_\_\_\_\_

※代表者様へ受付完了のご連絡を差し上げます

【代表者名】 \_\_\_\_\_ (ご連絡先) \_\_\_\_\_

【ご参加者名】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

個人情報の取扱いについて

ご記入戴きました皆様の個人情報は、当分会研修会の開催並びに今後の弊社セミナーのご案内に係る目的のみで使用させていただきます。

なお、弊社の個人情報の取り扱いについては、弊社ホームページ (<http://www.j-mednext.co.jp/>)をご覧ください。

<お申し込み方法>

このお申し込み用紙をFAXして下さい。

締め切りは **10月23日(金) 到着分** までといたします。

尚、席に限りがありますので早めの御連絡をお願い申し上げます。

日本メディカルネクスト株式会社 福岡営業所 担当:海田・鈴木