HP用

**研修会申込用紙**

申込方法

研修会に参加希望の方は下記必要事項をご記入後、FAXにてお申込ください。

お申込確認後、弊社から受講票・会場案内等をお送りいたします。

|  |
| --- |
| ■研修会参加希望日：     月     日　　※お日にちをご記入ください[ ] 新規受講　　[ ] 再受講　　※☒をお付けください |
|  |
| ふりがな　      |
| 氏名      |
| 医院名      |
| ご連絡先住所　　　[ ] 医院　[ ] ご自宅　　※☒をお付けください〒     -           |
| TEL      | FAX      |
| メールアドレス     ＠      |

主催・お問い合わせ先

株式会社エイペックスメディカ　（旧：㈱メディカルエイペックス）

岐阜本社　〒500-8178岐阜県岐阜市清住町1-11-1　TEL058-266-0123

赤坂営業所　〒107-0052東京都港区赤坂2丁目10-12　TEL03-5545-4618

FAX送信先　058-266-0128