

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：(株)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