

2023年度
【医療事故調査制度に関するセミナー申込書】

医療法人名 ・医療施設名			
所在地 (住所)	〒		
TEL・FAX	TEL	FAX	
e-mail	※申込者の方が受信できるメールアドレスをご記入ください。 申込者が複数の場合は、それぞれの方が受信できるメールアドレスをご記入ください。		
参加方法	<input type="checkbox"/> 現地参加 ・ <input type="checkbox"/> WEB参加 (該当する方に✓を記してください)		
会員・非会員の別	<input type="checkbox"/> 会 員・賛助会員 <input type="checkbox"/> 非 会 員 (該当する方に✓を記してください)		
受講者名	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職
	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職
	フリガナ		(E-mail)
	氏 名		役職
インボイス (領収書)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要【宛先： (E-mail) 】		

※1 インボイスが必要な場合には、領収書の宛名及びその送付先のメールアドレスをご記入下さい。

※2 同講習会はWEB配信にて行いますので、メールアドレスは必ずご記入下さい。

(注) 上記の個人情報は受講手続きにのみ使用し、他の用途には使用致しません。

送付先 一般社団法人 日本医療法人協会 事務局
e-mail headoffice@ajhc.or.jp

WEB202301023