

<送信先> 運営事務局 FAX:086-250-7682

第17回中四国糖尿病研修セミナーFAX 申込書

※お申込締切日:平成 29年 3月 3日(金)正午 お申込日:平成 年 月 日

フリガナ:

参加者氏名:

御所属:

ご連絡先: 所属先 自宅 (どちらかをチェックしてください)

連絡先住所: 〒 -

TEL:

FAX:

CDEJ

認定番号:

(お持ちでない方は999とご記入ください)

職種:

(例: 医師・看護師・栄養士・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士など)

参加費 3,000 円

お申込みは先着順で、定員になり次第締め切らせていただく場合がありますので、
予めご了承ください。

お申込み後、FAX または 郵送にてご請求書をお送りいたします。

銀行振込にてお支払いください。

なお、ご請求書以降、運営事務局よりご案内はございませんので、ホームページにて
随時ご確認ください。

※複数人でのまとめたのご入金をご希望の方は、代表者を先頭として一枚の申込書へ
漏れなくご記入ください。申込み後、代表者へ合計のご請求書を送付いたします。

■参加申込みについてのお問い合わせ

運営事務局

株式会社キョードープラス 内

〒701-0205 岡山県岡山市南区妹尾2346-1

TEL:086-250-7681 FAX:086-250-7682

E-mail:jdss17@wjcs.jp