

＜送信先＞ FAX:06-4796-3737

第1回中四国糖尿病療養指導スキルアップセミナーFAX 申込書

※お申込締切日:2019年 3月 4日(月)正午

お申込日:2019年 月 日

フリガナ:

参加者氏名:

御所属:

(例:〇〇病院 〇〇部)

連絡先住所: 〒 -

(原則ご所属先をご記入ください)

TEL:

FAX:

※請求書をお送りいたします。
出来るだけご記載ください。

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。
FAX対応が難しい場合のみ、ご請求書を郵送いたします。

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

氏名・職種・認定番号それぞれを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 Email:cdecs1@wjcs.jp

FAX申込対応窓口

日本旅行ビジネスソリューションズ株式会社

中四国糖尿病療養指導スキルアップセミナー担当デスク

〒530-0001 大阪市北区梅田1丁目11番4号 大阪駅前第4ビル12階

TEL:06-6345-8286 FAX:06-4796-3737

※一週間経過してもご請求書の案内が届かない場合は、お手数ですがお問合せください。