

診療報酬改定戦略セミナー 大阪 参加申込書

開催日：2018年2月27日(火)13:30～17:00

場所：株式会社ソフトウェア・サービス 本店ビル1階大会議室

⇒⇒FAX送付書お申込み FAX番号:048-615-1155

◆申込日： 年 月 日

フリガナ 病院名・施設名			
ご住所	〒(-)		
TEL/Fax	TEL:() -	Fax:() -	
お名前	フリガナ		
部署名		役職	
E-Mailアドレス	@		

◆同行者様

フリガナ お名前	部署名	役職

◆お手数ですが、ご参加料をセミナー前日までに、下記振込口座にお振込みをお願い致します。

・お一人様参加料

●15,000円(税込) *お二人目様以降 10,000円(税込)

・振込先口座

埼玉りそな銀行 上尾支店(377) (普)4701456

口座名義 (株)プリオ

・お振込み際して

お振込みの際には、貴病院名・団体名の記載をお願い致します。

振込手数料はお申込者様ご負担にてお願い致します。

ご記入頂きました個人情報は、本セミナーに関する
ご連絡・確認以外には使用致しません。



※お申込み確認後、受講票をFAXにて送付致します。
当日は、その受講票をご持参ください。

【お問合せ先】
株式会社プリオ
対外事業室(担当:水村、小林)
〒362-0075 埼玉県上尾市柏座1-10-28
TEL:048-615-1555 Fax:048-615-1155