

院内研修教育キット申込書

一般社団法人日本病院管理機構 院内研修事業部

受付 FAX : 03-6869-6772

◆下記の①②③④を ☒ で選択ご記入のうえFAXをお願いいたします。[創立30周年特例措置]

①下記よりご希望の科目番号を ☒ で選択いただき、合計科目数を記入してください。

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 40
<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 47	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 50
<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 56	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 59	

◆◆◆創立30周年特例措置にて 1科目 : 8,800円 (税込)

ご購入科目の合計

科目

②下記よりご希望のテキスト形式を ☒ を入れて選択ください。

☐ USBメモリ ☐ CD-ROM ☐ メール(記入いただいたアドレス宛に送付)

③下記のお申込者情報をご記入ください。

項 目	記 入 欄
氏 名	
ふ り が な	
勤 務 先 名	
所 属 / 役 職	/
送付先 (<input checked="" type="checkbox"/>) 〒	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 -
送 付 先 住 所	
TEL (連絡先)	
メール (任意)	

④請求書類の要否・宛名 (☒ を付けてご選択ください)

書類種別	必要・不要	宛名 (個人名・法人名)
請求書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 法人名
納品書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 法人名
見積書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 法人名

【申込書送付先】 FAX : 03-6869-6772 (※FAX 番号は申込時に今一度ご確認ください)