

# 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。

□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6	□ 7	□ 8	□ 9	□ 10
□ 11	□ 12	□ 13	□ 14	□ 15	□ 16	□ 17	□ 18	□ 19	□ 20
□ 21	□ 22	□ 23	□ 24	□ 25	□ 26	□ 27	□ 28	□ 29	□ 30
□ 31	□ 32	□ 33	□ 34	□ 35	□ 36	□ 37	□ 38	□ 39	□ 40
□ 41	□ 42	□ 43	□ 44	□ 45	□ 46	□ 47	□ 48	□ 49	□ 50
□ 51	□ 52	□ 53	□ 54	□ 55	□ 56	□ 57	□ 58	□ 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(□)〒	□ 勤務先 □ 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	□ 必要 □ 不要	□ 個人名 □ 法人名
納品書	□ 必要 □ 不要	□ 個人名 □ 法人名
見積書	□ 必要 □ 不要	□ 個人名 □ 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)