

# 医療安全科目別学習講座 申込書

◆下記の①②③④を  で選択・ご記入され、お申込(FAX)をお願いいたします。

①下記よりご希望の科目番号を  で選択いただき、合計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			

◎各1科目 11,000円 (税込み)

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

③下記のお申込者情報をご記入ください。

項 目	記 入 欄
ふりがな	
氏 名	
勤 務 先 名	
所 属 / 役 職	/
送付先 ( <input 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 番号は送信時に今一度ご確認ください)