「病院価値向上のための病院バランスト・スコアカード活用セミナー」 申込書

（申込み締切日：2月10日（火））

送付先：FAX. 03-3578-7614 ／ E-mail：iryou-fukushi@jmar.co.jp

申込日 2015 年 月 日

法人名・病院名		
所在地 〒		
派遣責任者名（ふりがな）		部門・役職名
ＴＥＬ ― ―		FAX ― ―
Email		お振込予定日 2015年 月 日
参加者	お名前（ふりがな）	部門・役職名
	お名前（ふりがな）	部門・役職名
	お名前（ふりがな）	部門・役職名
	お名前（ふりがな）	部門・役職名

◆上記にご記入の上、このままのサイズにてFAX（またはPDF化してメール）でお申し込みください。後日、参加証（会場地図等も併せてご案内いたします）をFAXまたはメールでお送りいたしますので、FAX番号およびメールアドレスは必ずご記入ください。
◆参加費のお振込先：みずほ銀行 銀座中央支店 普通預金 No.1213151 口座名義 ｶ)ﾆﾎﾝﾉｳﾘﾂｷｮｳｶｲｿｳｺﾞｳｹﾝｷｭｳｼｮ
◆参加費は開催前日までに請求書の銀行口座へお振り込みください。開催後にお振り込みの場合は、申込書の「お振込予定日」欄に必ずご記入ください。
◆恐縮ですが、お振込手数料は貴法人でご負担くださいますようお願い申し上げます。
◆ご入金の際、病院・法人名の前に SV0660をつけてお振り込みください。 例：SV0660ヤマダビョイウン
◆領収証は、銀行振込受領書にてかえさせていただきます。
◆開催内容・会場の変更、参加定員等の関係でご参加いただけない場合、参加者が所定人数に満たず中止となる場合等には派遣責任者の方へご連絡いたします。
◆派遣責任者の方ご自身がご参加される場合、参加者欄にもお名前、部門・役職名を必ずご記入ください。
◆参加費には、昼食、飲物の費用を含みます。なお、昼食不要の場合でも精算は致しませんのでご了承ください。