「病院人事制度構築セミナー in 大阪 」 申込書（申込み締切日：2月6日（金））

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		
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
個別相談　１．希望する　２．希望しない　３．未定		

※上記欄にご記入の上、このままのサイズにてFAX（またはPDFファイル化してメール）でお申し込みください。後日、参加証（会場の地図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。
※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。
※資料代は受付にて頂戴し、領収書をお渡しいたします。お手数ですが、おつりがないようご用意くださいますようお願いいたします。
※所定の人数に満たない場合は中止する場合があります。また、参加定員等の関係でご参加いただけない場合、開催内容・会場に変更等がある場合には、派遣責任者の方へご連絡いたします。
※なお、受付の際に、名刺を1枚頂戴いたします。今後、セミナー等のご案内をさせていただきますことを、あらかじめご了承下さいますようお願いいたします。