認定医療法人制度活用セミナー

円滑な医業承継のために

FAX 参加申込書　03-5323-3302

参加申込書 FAX記入欄　お手数ですが下記に必要事項をご記入のうえご送信ください。

ご希望の開催地に☑をつけてください。

開催地	開催日・会場	開催地	開催日・会場
□ 東 京	12/15(土) 辻・本郷税理士法人 セミナールーム	□ 仙 台	2/23(土) ホテルJALシティ仙台
□ 名古屋	1/26(土) ANAクラウンプラザホテル グランコート名古屋	□ 福 岡	3/2(土) ACU／アキュ博多
□ 大 阪	2/16(土) マイステイズ新大阪 コンファレンスセンター	□ 沖 縄	3/16(土) ロワジールホテル那覇

お名前		
連絡先ご住所　(〒　　-　　)		
TEL.		FAX.
メールアドレス		
ご参加者名　1		役職名
ご参加者名　2		役職名
今後弊社からのセミナー等の情報提供について	□ 希望する	□ 希望しない

※受付票の交付はございません。当日、会場に直接お越しください。

※申込書にご記入いただきました個人情報は、セミナーの実施・運営の参考資料として使用する他、関連するアフターサービス、セミナー案内に関する情報のお知らせのために使用し、他の目的には使用しません。

※セミナー当日、受付にてお名刺を１枚いただきますので、ご用意ください。