

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部 平成27年度教育研修会申込書

FAX 03-3899-5387		申し込み日 年 月 日	
※ 申し込むコースを丸囲みしてください		東京都支部 事務局 宛	
Aコース	開催日 7/27, 8/31, 9/29, 10/27, 12/1		
Bコース	開催日 9/24, 10/22, 11/19, 1/21, 2/25		
Cコース	開催日 10/30, 11/27, 12/18, 1/29, 2/26		
Dコース	開催日 7/22, 9/16, 10/21, 11/25, 12/16		
Eコース	開催日 9/28, 10/26, 11/30, 12/21, 1/25		
氏名		年齢	才
会員 No		資格取得年月	年 月
【連絡先】			
勤務先名			
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	
携帯番号		mail	
自宅住所			
TEL		FAX	
受講する動機			
受講への希望			
経歴概要(医業コンサルタントとして)			

当資料は東京都支部で行なう研修会のために活用するもので、それ以外では使用いたしません。

電話・電子メールによるお問い合わせ

東京都支部 事務局

E-mail : nsk-mso@nippon-soft.net TEL : 03-3855-3414